LA HISTERIA ANTES DE FREUD

La Biblioteca de los
ALIENISTAS DEL PISUERGA

LA HISTERIA ANTES DE FREUD

GILLES DE LA TOURETTE, BRIQUET, CHARCOT, LASÈGUE, FALRET, COLIN, KRAEPELIN, BERNHEIM, GRASSET

Traducciones de:
Héctor Astudillo del Valle
Ramón Esteban Arnáiz
José María Álvarez Martínez

Edición de
Alienistas del Pisuerga

Madrid
2010

Originales de: J.-M. CHARCOT, *Leçons sur les maladies du système nerveux* (1887)
J. GRASSET, «Hystérie», *Dictionnaire Encyclopédique des Sciences Médicales* (1889)
H. COLIN, *Essai sur l'état mental des hystériques* (1890)
H. BERNHEIM, *L'hystérie* (1913)
Traducidos por Héctor Astudillo del Valle

Originales de: P. BRIQUET, *Traité Clinique et Thérapeutique de l'Hystérie* (1859)
J. FALRET, *Études cliniques sur les maladies mentales et nerveuses* (1890)
Ch. LASÈGUE, «De l'anorexie hystérique» (1873)
G. GILLES DE LA TOURETTE, *Traité Clinique et Thérapeutique de l'Hystérie d'aprés l'enseignement de La Salpêtrière* (1891)
Traducidos por Ramón Esteban Arnáiz

Original de: E. KRAEPELIN, *Einführung in die psychiatrische Klinik* (1901)
Traducido por José María Álvarez Martínez

Presentación, resúmenes biográficos, edición y notas:
Alienistas del Pisuerga
(José María Álvarez, Fernando Colina y Ramón Esteban)

Cualquier forma de reproducción, distribución, comunicación pública o transformación de esta obra solo puede ser realizada con la autorización de sus titulares, salvo excepción prevista por la ley. Diríjase a CEDRO (Centro Español de Derechos Reprográficos, www.cedro.org) si necesita fotocopiar o escanear algún fragmento de esta obra.

© 2011 Ergon
C/ Arboleda, 1. 28221 Majadahonda (Madrid)

ISBN: 978-84-8473-911-1
Depósito Legal: M-50615-2010

«Alienistas del Pisuerga», expresión que busca sus orígenes en el prestigioso y novecentista Cuerpo de Médicos de los Asilos para Alienados del Departamento del Sena, empezó siendo una broma privada destinada a designar nuestra afición al enfoque histórico del estudio de la psicopatología y a superar entre nosotros presuntas diferencias profesionales (psicólogos clínicos/psiquiatras). Utilizada en público por primera vez para evitar la machacona repetición de nuestros nombres como organizadores y ponentes de las IV Jornadas de la Sección de Historia de la Psiquiatría de la AEN (*Crimen y Locura*, Valladolid, 26 y 27 de octubre de 2001), la afable acogida de algunos amigos dio solidez identitaria a tan anacrónico significante y aquel juego se transformó en realidad. Así, La Biblioteca de los Alienistas del Pisuerga tratará de ir recuperando textos fundamentales de los clásicos de la psicopatología inéditos en castellano.

José María Álvarez
Fernando Colina
Ramón Esteban

LA BIBLIOTECA DE LOS ALIENISTAS DEL PISUERGA

Títulos publicados:

Paul Sérieux y Joseph Capgras
LAS LOCURAS RAZONANTES. EL DELIRIO DE INTERPRETACIÓN
(2007)

DELIRIOS MELANCÓLICOS: NEGACIÓN Y ENORMIDAD
Jules Cotard
EL DELIRIO DE NEGACIÓN — EL DELIRIO DE ENORMIDAD
(Selección)
Jules Séglas
EL DELIRIO DE NEGACIÓN
(2008)

Emil Kraepelin
MEMORIAS
(2009)

LA HISTERIA ANTES DE FREUD:
Gilles de la Tourette, Briquet, Charcot, Lasègue, Falret,
Colin, Kraepelin, Bernheim, Grasset
(2010)

EN PREPARACIÓN:

Jules Séglas
LECCIONES CLÍNICAS

Enrico Morselli
MANUAL DE SEMIÓTICA DE LAS ENFERMEDADES MENTALES

Presentación de *La histeria antes de Freud* IX

ÍNDICE GENERAL

1. LA HISTERIA EN LA HISTORIA DE LA MEDICINA
Georges Gilles de la Tourette (1857-1904) 3
Consideraciones históricas acerca de la histeria (1891) 5

2. MÉDICOS ANTE LA HISTERIA
Pierre Briquet (1796-1881) 41
Tratado clínico y terapéutico de la histeria [selección] (1859) 43

Jean-Martin Charcot (1825-1893) 51
Un caso de histeria en el varón (1887) 53

Charles Lasègue (1816-1883) 65
Sobre la anorexia histérica (1873) 67

Jules Falret (1824-1902) 81
El carácter histérico (1866) 83

3. HISTERIA Y LOCURA
Henri Colin (1860-1930) 91
Sobre la locura histérica (1890) 93

Emil Kraepelin (1856-1926) 107
Locura histérica (1901) 111

Hyppolite Bernheim (1840-1919) 117
De la locura histérica (1913) 119

4. PERSPECTIVA GENERAL DE LA HISTERIA ANTES DE FREUD
Joseph Grasset (1849-1918) 131
Histeria fin de siglo (1899) 133

PRESENTACIÓN

La histeria antes de Freud

I. LA HISTERIA Y LA CIENCIA

Las relaciones entre la histeria y la ciencia abarcan tanto la incidencia de la histeria en la ciencia como la repercusión de la ciencia en la histeria. Por cualquiera de los costados que se analicen, esas relaciones están marcadas por la tensión. La histeria desafía, interpela y desmiente a la ciencia; ésta, por su parte, cuando trata de cercarla, observarla y explicarla se da cuenta de que se le ha escurrido entre los dedos. De tan singular confluencia, sin embargo, surgió un nuevo ámbito del saber. Los textos compilados en este volumen ilustran esa tensión y recogen el saber resultante, a menudo efímero y contradictorio. En ellos se puede seguir con precisión la estela del sujeto que los escribe, pues ante la histeria no es posible esconderse.

La histeria se vale de un amplísimo repertorio para expresar su *pathos*. Su versatilidad y capacidad proteica es proporcional al desconcierto que produce en sus observadores. Ni leyes de la anatomía ni reglas de la patología; nada de ella funciona como cabría esperar, ni siquiera la lesión cerebral tiene materialidad. A esto se añade el desafío a cuantos se

arrogan el saber y el poder, otro de sus aspectos esenciales. Allí donde se atisbe una fractura del saber, el poder o la moral encontraremos el dedo del sujeto histérico señalando la impotencia de quien se propone como amo.

Estas particularidades de la histeria de hoy y de siempre contribuyen a extremar la tensión con la ciencia, del mismo modo que radicalizan el rechazo del discurso científico del sujeto histérico. Pero la histeria es virtuosa. Lo es puesto que con su reto consigue despertar al amo y empujarlo hasta el «pie del muro de producir un saber»[1]. De eso modo, gracias a sus quejas, preguntas y atrevimientos se ha elaborado un amplio repertorio de conocimientos sobre el deseo, la sexualidad y el goce, el cual desborda a la ciencia.

Mientras en el siglo XIX y buena parte del XX, la histeria ocupó un lugar central en la reflexión psicopatológica, durante las últimas décadas su brillo parece difuminarse. Nada sorprende, si se tiene en cuenta que el saber psiquiátrico se ha elaborado para justificar la renuncia a hablar con los pacientes, que la histeria ya no figure en las taxonomías y manuales estadísticos. Más que la desaparición de la histeria, lo que nos indica ese hecho es el sentimiento de impotencia de quienes la silencian o ningunean. Ahí, de nuevo, la histeria se anota un nuevo triunfo al esfumarse ante los ojos de ese amo del saber y reaparecer, de forma desconcertante, adornada con los ropajes de la depresión o de supuestas enfermedades médicas inexplicables. Pese a su ausencia en los libros de ciencia, su presente y su futuro están garantizados en la medida en que el deseo humano mantiene con ella una ligazón consustancial, como se mostrará más abajo.

II. MÉDICOS ANTE LA HISTERIA

Qué llamativo resulta advertir, cuando leemos sobre la histeria, la presencia en los textos de la propia subjetividad de los autores. Tras párrafos de descripciones objetivas y elevadas disquisiciones etiológicas, de pronto irrumpe la presencia del autor, por lo general para mostrar su incomodidad. En esto se diferencia también la histeria de otros territorios de la psicopatología, en los cuales el tratadista se oculta en aras de la exigida objetividad científica. A este respecto resulta ejemplar el testimonio de Pierre Briquet cuando, tras asumir la dirección de un Servicio de enfermos histéricos en La Charité, confiesa su malestar inicial con las siguientes palabras: «Tratar enfermedades que todos los autores estaban de acuerdo en considerar el prototipo de la inestabilidad, de la irregularidad, de la fantasía, de lo imprevisto, sin estar aparentemente gobernadas por ninguna ley, por ninguna regla, y sin que las hubiese llegado a relacionar entre sí ninguna teoría seria, era la tarea que más podía desagradarme. Pero me resigné y me puse manos a la obra»[2].

El propio Briquet clasifica en tres grupos a los médicos que hasta entonces se dedicaban al estudio y tratamiento de la histeria: unos eran eruditos, hombres de libros alejados de la clínica, que hacían acopio de informaciones provenientes de otros colegas; otros eran médicos dedicados a una clientela selecta, cuyas parciales observaciones se limitaban a sus

1. LACAN, J.: *Psicoanálisis. Radiofonía & Televisión*, Barcelona, Anagrama, 1974 [1970], p. 61.

2. BRIQUET, P.: *Traité clinique et thérapeutique de l'hystérie*, París, Baillière e Hijos, 1859, p. III. Una selección del texto, traducida puede leerse en este volumen, pág. 43.

propios intereses; por último, el grupo de los «hombres superficiales» y poco dotados para la observación, médicos que se habían encontrado con la histeria por casualidad. Aunque peque de rudimentaria, esta tipología muestra el desinterés de los médicos por los histéricos, incluso insinúa cierto rechazo y evitación. Estas coordenadas contribuyen a aclarar las dos grandes posiciones que, dentro del desconcierto, resumen a nuestro parecer las diversas posiciones de los médicos ante la histeria: el observador distante y el desafiado[3].

Basta leer las contribuciones de Briquet, Charcot, Lasègue y Jules Falret, a las que dedicamos el segundo capítulo de este volumen, para cerciorarse de que sólo a condición de eliminar al sujeto y centrar su mirada exclusivamente en la enfermedad, Briquet, Charcot y Lasègue pudieron mantener la objetividad y la distancia. De esta perspectiva surgió un conjunto de conocimientos tan asombroso como caduco, un alambicado castillo de especulaciones que se desmoronaba antes de llegar a culminar. Tal fue, en síntesis, el destino del amplísimo y por momentos sagaz *Tratado* de Briquet, quien en ese fárrago de fenómenos que constituye la histeria («neurosis del encéfalo») creyó descubrir «una enfermedad que obedecía a leyes que era posible determinar». Cuando tres décadas más tarde Georges Gilles de la Tourette escribió su historia de la histeria, después de alabar a Briquet por recuperar a Lepois y a Sydenham, tumbó toda su argumentación al afirmar: «[Briquet, quien] creía haber visto casi todo, se hizo también demasiadas ilusiones cuando creyó haber descubierto las leyes que rigen la histeria, […]. Pero en cuanto a leyes generales que relacionen este conjunto tan complejo, no encontramos en él ninguna»[4].

Los elogios que Gilles de la Tourette ahorra a Briquet los multiplica al hablar de su maestro Charcot, al que sí reconoce el hallazgo de leyes y la fijación definitiva de determinadas características de la clínica y la patogenia de la histeria. Lo cierto es que la obra del gran Charcot desapareció con él: «La histeria de Charcot no ha sobrevivido a su autor. […] A su muerte, sólo Freud le testimonió su estima en un artículo tan sensible como objetivo», escribe al respecto É. Trillat[5].

También a Lasègue, uno de los más penetrantes observadores de la locura y de la histeria, se le puede incluir entre esta tipología del observador distante. Escrupuloso, detallista y metódico, la descripción que realizara 1873 sobre la anorexia histérica contiene perlas dignas de ser recordadas, en especial cuando apunta algunas consideraciones muy acertadas sobre la relación entre las demandas familiares y el rechazo alimenticio; cuando, sobre todo, se percata con sorpresa del goce que comporta el síntoma: «Lo que domina en el estado mental de la histérica es ante todo una tranquilidad –yo diría casi

3. Seguimos aquí las indicaciones apuntadas por J. Mª. ÁLVAREZ, «Elogio de la histeria», *Cuadernos de Psiquiatría Comunitaria*, 2006, Vol. 6, N.º 2, pp. 111–120; «Malestar y desconcierto frente a la histeria», *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 2000, Vol. 20, N.º 74, pp. 267-269.

4. Cf. George GILLES DE LA TOURETTE, «Considérations historiques», capítulo primero de su *Traité Clinique et Thérapeutique de l'Hystérie d'aprés l'enseignement de La Salpêtrière. [Première Partie:] Hystérie Normale ou Interparoxistique*, París, E. Plon, Nourrut et Cie, 1891, pp. 1-36. Véase la traducción de este texto en este volumen, pp. 5 y ss.

5. TRILLAT, É.: *Histoire de l'hystérie*, París, Seghers, 1986, p. 127.

una placidez– verdaderamente patológica. No sólo no suspira por la curación, sino que se complace en su condición a pesar de todas las contrariedades que le suscita. No creo que sea excesivo comparar esta seguridad satisfecha con la obstinación del alienado. Si nos fijamos en el resto de las anorexias veremos cuánto difieren de ésta»[6].

En las antípodas de los autores que se acaban de mencionar se sitúa el psiquiatra Jules Falret. Su posición es la del ofendido, la del que recoge el guante del desafío histérico y acaba huyendo con el rabo entre las piernas. Siguiendo de cerca a Morel, al describir el carácter de las histéricas Jules Falret despliega un amplio repertorio de ofensas, humillaciones y menosprecios. Su presencia como sujeto en el texto es tan llamativa que uno está tentado a pensar que habla en primera persona: «Todos los médicos que han observado a muchas mujeres atacadas por la histeria, y todo aquél que haya tenido la desgracia de mantener con ellas una vida en común […]»[7]. Fantásticas y caprichosas, las histéricas son el espíritu de contradicción y controversia; su mayor placer consiste en «engañar e inducir al equívoco por todos los medios a las personas con las que se relacionan». Además, «la vida de las histéricas no es más que una perpetua mentira»; pero bajo la máscara de la piedad y la devoción, «hasta llegan a hacerse pasar por santas». Médicos, maridos e hijos tienen que soportar sus caprichos y tiranías, sus escenas y groserías, «¡para, inmediatamente después, retomar en público sus fingidos aires de reserva, de modestia y de decencia!».

Enumerados como rasgos del carácter, los desprecios anotados por Jules Falret no son excepcionales, ni mucho menos, entre las descripciones psiquiátricas. Cuando se lee el amplísimo artículo de Grasset que cierra este volumen, la presencia del desgraciado marido de la histérica adquiere un protagonismo inesperado: «Por otra parte –escribe Joseph Grasset–, hay que recordar lo que dice Frank: ¿Acaso se puede imaginar a alguien más infeliz que el marido de una histérica? Difícilmente, a no ser, tal vez, que encuentre gusto en la variedad: en efecto, una histérica, en el espacio de veinticuatro horas, está triste, apacible, dulce, tranquila, irascible, etc., presenta el carácter de diez personas diferentes. E incluso, añadiríamos más: esta variedad no será más que variedad de suplicios, será un infierno constante para el pobre hombre que acabará siendo considerado como un egoísta o un verdugo, dependiendo de si se ocupa o no de la enfermedad de su mujer, si se compadece o intenta librarse de ella, si la reafirma en sus actos o la contradice…»[8].

---

6. Cf. Charles LASÈGUE, «De l'anorexie hystérique», *Archives générales de médecine*, 1873, abril, pp. 385-403. Incluido en: LASÈGUE, Ch., *Études médicales* (2 vols.), París, Asselin, 1884, t. 2, pp. 45-63. Véase, en este volumen, la traducción al español de este texto pp. 67 y ss.

7. Cf. Jules FALRET, «III. Folie hystérique», tercer epígrafe del capítulo «XII. Folie raisonnante, ou folie morale. Premier discours (1866)», de sus *Études cliniques sur les maladies mentales et nerveuses*, París, J.-B. Baillière et fils, 1890, pp. 499-507. Véase, en este volumen, la traducción al español de este texto pp. 83 y ss.

8. Cf. Joseph GRASSET, entrada «Hystérie» del *Diccionario Enciclopédico de las Ciencias Médicas* inaugurado por Amedé Deschambre en 1864 (Amedé DESCHAMBRE y Léon LEREBOULLET (dirs.), *Dictionnaire Encyclopédique des Sciences Médicales*, París, Asselin et Houzeau/ G. Masson, 1889, cuarta serie, tomo décimoquinto, pp. 240-352. La traducción de este artículo puede leerse en este texto en las páginas 133 y ss.

Parece evidente que la histeria no deja a nadie indiferente. Y menos aún a los médicos, que antes de la explicación freudiana de la transferencia, asistían consternados a los retos más audaces y se veían obligados a escuchar comprometidas confidencias. En esos términos se explica la enferma presentada por Kraepelin en el capítulo sobre la locura histérica: «En insinuaciones misteriosas confiesa faltas y espantosas y deliciosas experiencias, que ella sólo confía a la discreción del médico y compañero del alma»[9].

La proteica expresión del *pathos* histérico a través del cuerpo mantuvo ocupados a los médicos desde la Antigüedad. Pese a que la referencia al útero permaneció en el centro de los debates científicos hasta bien entrado el siglo XIX, a partir del siglo XVII comenzó a elaborarse una doctrina de raigambre neurológica según la cual la histeria se vinculaba con el encéfalo. Junto a la conocida expresión somática, que Freud llamó «conversión», en paralelo al desarrollo de la psiquiatría de las enfermedades mentales, la histeria fue incorporando nuevas e inquietantes incógnitas al incluir en su repertorio manifestaciones que se confundían con la locura. Aunque minoritaria si se compara con la conversión, la expresión disociativa de la histeria animó el debate acerca de la existencia de la locura histérica, de sus características clínicas y de las diferencias con la verdadera locura, aspectos que conservan a día de hoy el más vivo interés[10]. Al respecto, recogemos en este volumen las opiniones de tres destacados autores: Colin, Kraepelin y Bernheim.

Sea mediante expresiones del cuerpo o de la mente, un fondo de insatisfacción intemporal e inmutable adquiere en el sujeto histérico distintas presentaciones en función de las figuras del saber y del poder a las que se interpele. En los últimos años del siglo XIX, el fracaso de la más sobria y meticulosa investigación neuropatológica de la histeria contribuiría a identificar la verdadera esencia del trastorno. En efecto, después de tantos esfuerzos destinados a perfilar el cuadro clínico y a tratar de someter el rebelde *pathos* de los sujetos histéricos a las leyes de la neuroanatomía, la histeria terminaría por desprenderse de su vinculación con los nervios. Para entonces comenzó a ser avistada desde otra dimensión trans-cerebral que, pocos años después, señalaría los contornos topológicos del inconsciente y perfilaría las leyes de lenguaje que lo rigen. En ese sentido, los infructuosos esfuerzos de la patología médica por reducir la sintomatología histérica a leyes puramente anatómicas condujeron la investigación hacia «otra escena» ubicada más allá del útero, de los fluidos, de los nervios y de la conciencia[11]. Y fue en esta precisa coyuntura cuando un neurólogo, Sigmund Freud,

9. Cf. Emil KRAEPELIN, *Einführung in die psychiatrische Klinik: Dreissig Vorlesungen*, Leipzig, Johann Ambrosius Barth, 1901 [1ª ed.], pp. 266-272. La traducción de este artículo puede leerse en este texto en las páginas 111 y ss.

10. Sobre la locura histérica, véase en especial K. LIBBRECHT, *Hysterical psychosis: a historical survey*, New Jersey, Transaction Publishers, 1995; J.-C. MALEVAL, *Locuras histéricas y psicosis disociativas*, Buenos Aires, Paidós, 1987.

11. Paul Bercherie ha sabido como nadie localizar ese «pasaje por el absurdo» de la gran neuropatología, cuyo sonoro fracaso fue precisamente lo que permitió identificar *a contrario* la verdadera naturaleza de la histeria: «[…] el descubrimiento del inconsciente ha dependido histórica y epistemológicamente del

accedió a un saber inconsciente localizado más allá del discurso de la ciencia médica, un saber que surgía en la palabra de los propios pacientes. Tal fue el contexto en el que el indiscutible genio de Freud realizó los primeros descubrimientos que habrían de conducirle sin tardanza a la invención del psicoanálisis.

Con la entrada en escena de Freud, cuanto se había dicho de la histeria nos parece hoy anticuado y de escaso basamento. A partir de dos principios fundamentales, el lenguaje y el deseo, la esencia que Freud revela de la histeria adquiere unas características intemporales. Todas aquellas interminables disquisiciones sobre las ubérrimas manifestaciones de la histeria parecen ordenarse cuando se analizan desde esa perspectiva según la cual las representaciones reprimidas hablan a través del cuerpo, tan doliente como gozoso. En ese «salto de lo psíquico a la inervación somática», al que nombró «conversión», camino principal de formación de síntomas histéricos, se halla una articulación entre el ser y el lenguaje que jamás había sido columbrada[12]. Con respecto al deseo, Freud se percató de esa singular estrategia consistente en mantener permanentemente la insatisfacción del deseo y la distancia con el objeto, aspectos ambos ejemplarmente ilustrados en la interpretación del sueño de la Bella Carnicera[13]. En efecto, el sujeto histérico procura mantenerse insatisfecho, como si de esa manera lograse ponerse a salvo de esa falta por excelencia que es la falta-en-ser. Apenas con esas dos palabras, el lenguaje y el deseo, la naturaleza de la histeria se nos muestra más cercana, inteligible y tratable.

III. LA HISTERIA DEL SIGLO XXI

La histeria del siglo XXI no es una enfermedad, ni un modo de ser, ni siquiera un rasgo de personalidad, es sencillamente una estrategia del deseo. Un proceder que existe desde el comienzo de los tiempos y que caracteriza la vida del hombre de un modo universal. Todos somos histéricos en cierta medida, aunque sólo algunos lleguen a serlo clínicamente por su intensidad. En tanto que somos sujetos de deseo, quien más y quien menos utiliza de continuo recursos histéricos para resolver las dificultades que se le presentan.

Entendida la histeria desde este punto de vista, se nos vuelven comprensibles algunos hechos significativos. En primer lugar, su *antigüedad*. La descripción de sus signos ya se encuentra en la cultura greco-latina y no ha perdido un ápice de su vigencia hasta la actualidad. En segundo lugar, su *indefinición*. Como sostuvo Lasègue, la histeria no puede ser definida ni lo será jamás[14]. La histeria no tiene consistencia, es insustancial, es simplemente una estrategia fugitiva que resulta difícil de acotar. Por último, su *mu-*

---

progreso de la patología médica» (BERCHERIE, P.: *Genèse des concepts freudiens. Les fondements de la clinique II*, París, Navarin, 1983, p. 60).

12. Cf. J. BREUR y S. FREUD, *Estudios sobre la histeria* [1893-1895], *Sigmund Freud. Obras Completas*, Buenos Aires, Amorrortu editores, vol. II, 1976.

13. Cf. S. FREUD, *Interpretación de los sueños (parte primera)* [1900], *Sigmund Freud. Obras Completas*, Buenos Aires, Amorrortu editores, vol. IV, 1976, p. 164 y ss.

14. LASÈGUE, CH.: «Des hystéries péripheriques» (1878), en *Écrits psychiatriques*, Toulouse, Privat, 1971, p. 163.

tabilidad. La histeria es cambiante. Proteica y camaleónica según la expresión canónica de Sydenham[15], pues su proceder va evolucionando con la cultura, los conocimientos médicos y la recepción que se le presta en cada época.

La histeria ya no adopta con tanta facilidad y frecuencia la figura de la neurosis hegemónica que dominó durante el siglo XIX y buena parte del XX. Ya no estamos ante aquella histeria de conversión que sucedía en un ambiente de represión social y sexual de la mujer, sino que nos vemos ante una estrategia que debe adaptarse a las nuevas formas de construir el malestar. Su papel ha sido desplazado por la depresión, que se ha convertido en la gran neurosis contemporánea. Como en otros tiempos la neurastenia y la psicastenia, o más tarde la neurosis histérica u obsesiva, la depresión es la que mejor conjuga la impotencia y el desánimo que caracterizan a la clínica del siglo naciente. Los síntomas ya no poseen la densidad anterior. Muchos pacientes vienen a quejarse de algo sin haber construido un síntoma consistente. A la consulta acuden cada vez con más frecuencia sujetos que viven errantes, sin proyecto profesional ni vínculos afectivos estables, con dificultades para asegurarse una realidad y cuya queja tiene más de protesta y exigencia que de lamento y dolor. En este nicho de depresión y estado límite es donde la histeria, como un estratega invencible, reina hoy con oculto impudor.

No obstante, la histeria sigue hablando a través del cuerpo, como viene haciéndolo desde la Antigüedad en su enfrentamiento con el saber médico. Por ese motivo, la psiquiatría actual, ebria de ciencia y positivismo, se muestra incapaz de enfrentarse a tanta provocación, y dado que está poco dispuesta a reconocer que los síntomas histéricos no responden a ninguna lesión sino que están directamente ligados a las representaciones mentales y al simbolismo subjetivo, decide desentenderse de ella eliminándola de su discurso y sus clasificaciones.

Así las cosas, es justo afirmar que todos somos histéricos puesto que la estrategia histérica coincide con la estructura profunda del deseo[16]. Defender el deseo como síntoma de la vida y garantía de la salud viene a ser lo mismo que reconocer el fondo histérico que le anima. La estrategia histérica es la gran estimulante del deseo, la fuente principal de la seducción y el encuentro interpersonal. Sin embargo, histérico propiamente dicho es todo aquello que procura espolear su deseo cuanto sea posible atrayendo el de quienes le rodean, pero que sufre después para seguir su curso natural. Eterno iniciador, el histérico se resiste a confrontarse con la satisfacción del otro y la suya propia, prefiriendo recrearse, por razones ocultas que no conoce ni quiere conocer, con saborear el comienzo de su deseo y, en especial, contentándose con despertar vorazmente el de los demás. En eso estriba su goce. Dijérase que, pensando en alcanzar la cumbre, el histérico teme que la satisfacción incluya la posibilidad de una decepción intolerable, de un placer escaso o de un triunfo que le resulte demasiado sangriento y desvele cruelmente los misterios de la soledad.

---

15. SYDENHAM, TH.: «Thomas Sydenham à Guillaume Cole (London, 20-I-1681)», en *Médecine practique de Sydenham avec notes*, París, Didot Le Jeune, 1774, pp. 356-441.

16. Estas consideraciones se nutren de los desarrollos expuestos por F. COLINA en *Deseo sobre deseo*, Valladolid, Cuatro, 2006.

La histeria es la estrategia más fecunda para poner a salvo el ejercicio del deseo. La temida *aphanisis*, es decir, el estancamiento libidinal, es neutralizado por los dispositivos histéricos del deseo. La histeria es el sostén inagotable de la máquina de desear que, según Spinoza, nos define como hombres[17].

Saber extraer o drenar el deseo de los demás es la habilidad suprema de la histeria. Toda su dramaturgia está destinada, por encima de todo, a despertar el deseo a cualquier precio, motivo por el que, en principio, le tenemos mucho que agradecer y poco que reprochar. Ahora bien, otra cosa es que, por sus inclinaciones defensivas, convierta el vigor de su comienzo en el impulso amputado del eterno iniciador que no sabe prolongar la experiencia. De este modo se transforma en un adicto del deseo del otro, del que vive como por procuración, y al que vampiriza y coloniza hasta la extenuación. Se identifica más con el deseo que despierta que con la persona que lo libra. Parasita al otro de tal modo que no solo se alimenta de los deseos de los demás sino que queda suplido por ellos. Se pierde entonces en un vaciamiento de sí mismo y del otro que revela sus rasgos perversos.

Para esta aguerrida y vacua tarea necesita poner pronto en marcha el juego antinómico de ensalzar y humillar al otro, de obedecer y mandar, de idealizar y castrar. Bajo el principio de esta seducción inicial, tan oscilante y ambivalente, entendemos el florecimiento de sus caprichos y aspavientos, de sus giros y desplazamientos continuos.

IV. LA ESTRATEGIA HISTÉRICA

Debemos estudiar la estrategia histérica en torno a tres vértices característicos: ocultación, oposición y tentación[18].

1) Ocultación

Cuanto admite la calificación de histérico se rodea de distintas formas de ocultación. Una atmósfera de afectación acompaña a todas sus expresiones, concediendo a nuestro protagonista un aire característico de artificialidad, de no estar nunca en su sitio y de ausentarse de ese lugar donde los hombres se enfrentan con lo auténtico y verdadero. La impostura y amaneramiento se apoderan con frecuencia de sus sentimientos.

Su capacidad para desplazar las representaciones y reprimirlas fuera de la conciencia es proverbial. Mediante la represión y el desplazamiento, sus dos mecanismos de defensa más genuinos, consigue alejar y oscurecer sus padecimientos hasta lograr la clásica «bella indiferencia» con que se presenta ante nosotros.

En este mismo orden de cosas incluimos los grandes recursos de la histeria para el mimetismo y la plasticidad. Una personalidad resbaladiza, que no se parece a sí misma sino a todas las demás, define bien al sujeto histérico, como si su capacidad de identificación múltiple y de enmascaramiento gozara de una condición especial. De hecho, su conocida

17. SPINOZA, B.: *Ética demostrada según el orden geométrico*, trotta, Madrid, 2005, p. 169.

18. Véase: I. PRIETO, L. MARTÍN y F. COLINA, «La histeria», *Manual del Residente en Psiquiatría*, Tomo I, Madrid, ENE L.P., 2009, pp. 349-359.

inclinación al desbordamiento teatral de los personajes no es sino fruto de su forzado mimetismo. Las identificaciones en la histeria son imperativas pero lábiles y muy imaginarias, muy visuales, centradas casi siempre en el campo de la mirada, lo que explica, por otra parte, su peculiar sugestionabilidad y su inclinación a una suerte de contagio histérico muy característico[19]. De la histeria, en realidad, se ha dicho que no necesita interlocutores sino espectadores, pues su ocultación se acompaña de una fuerza proporcional e inversa de llamar la atención de los demás. Lo que conocemos como histrionismo se reconoce por la exageración, la puerilidad, el egocentrismo y el exhibicionismo, gestos que el histérico compagina perfectamente con ese lenguaje críptico del cuerpo que tan bien conoce y con el que desafía al médico y pone a prueba sus conocimientos.

II) Oposición

El tropiezo de la histeria descansa también en otro conocido fenómeno. En el hecho de que en su tesón para sostener vivo el deseo del otro, elige el camino de mantenerlo insatisfecho. De forma que cuando cree ya tenerlo bajo su control, remata su posesión con las bajas mañas de la recriminación que le desautoriza y desilusiona. La acritud, la intransigencia histérica, la cabezonería narcisista, se hacen desde ese momento presentes, lo que la expone al peligro de que el otro se hastíe y se largue dejándole con su masoquismo a cuestas.

La oposición, por lo tanto, que le convierte en líder del desencuentro, se impone como otro de los rasgos principales de la histeria. Da cuenta de esa necesidad tan reveladora de desafiar al otro y triunfar sobre él. La histeria exige rivalidad y combate, pero lo específico de ella es que no plantea una lucha entre iguales, sino una confrontación exasperante establecida desde una posición inicial de servidumbre e idealización. El histérico necesita primero idealizar al otro, sentirse relativamente inferior, sometido y hasta cierto punto humillado, para poder rebelarse a renglón seguido contra él. Su lucha precisa no sólo de conquista y seducción, según la imagen erótica tradicional, sino de rebelión y oposición frente a aquel de quien previamente ha aceptado sus órdenes. El histérico necesita como pocos un jefe al que obedecer pero, en especial, un superior al que derrocar[20]. Por ello entendemos que en su círculo de relaciones suceda con frecuencia que, allí donde todo transcurría bien engrasado bajo el estímulo de la atracción, la cesión y la seducción, surja repentinamente una atmósfera insoportable de reivindicación y desasosiego.

Todo ello configura una exigencia que con frecuencia adopta el lenguaje de la culpabilización del otro o la adopción del papel de víctima, como si el histérico se sintiera acreedor

---

19. Sobre el contagio histérico, véase en especial JUANA DE LOS ÁNGELES, *Autobiografía*, Madrid, A.E.N., 2001.

20. «Lo que la histérica quiere […] es un amo. [...] Quiere que el otro sea un amo, que sepa muchas cosas, pero de todas formas que no sepa las suficientes como para no creerse que ella es el premio supremo de todo su saber. Dicho de otra manera, quiere un amo sobre el que pueda reinar. Ella reina y él no gobierna» (LACAN, J.: *El Seminario de Jacques Lacan. Libro 17. El reverso del psicoanálisis 1969-1970*, Paidós, Barcelona, 2004, p. 137).

permanente de la sociedad. Pues para el uso de esa llave maestra, que abre y cierra el deseo del otro dejándolo cautivo, ningún dispositivo le resulta más útil que la ganzúa de la culpa. La histeria es la gran culpabilizadora de la humanidad. Ningún otro sentimiento resulta tan favorable para su dialéctica constante de agradar y desagradar. Sabemos que muchas personas eligen como discurso preferente de poder aquel que engendra la incomodidad y la falta en los demás, procurando hostigarlos para que se sientan culpables. Todos tenemos experiencia de personas dotadas de esa rara habilidad. Sujetos que en cuanto pueden dejan caer algunas alusiones morales ante nuestros deseos satisfechos. Hay gente realmente sutil en estas artes de dominar a los demás picoteando en su culpa. Artistas que aprovechan los momentos de mayor intimidad, y casi hasta de ternura, para soltarte un comentario envenenado que abre tu vergüenza en canal y te deja a su disposición durante un buen rato, si no durante buena parte de tu vida.

Se comprende, por consiguiente, que cuando llega la hora de amar, el histérico no sepa pedir el amor del otro y sólo acierte a reivindicar. Incluso reivindica amar. En estas circunstancias, la histeria concluye, en el mejor de los casos, amando sin deseo, como intentó al principio desear sin amor. En su experiencia, Eros y Afrodita no acaban nunca de entenderse, lo que agudiza el sentimiento de poder y sometimiento que pone en juego, ya sea explotando las formas directas de dominio o bien las de entrega y obediencia que se dan en torno a la oblación, la abnegación y la renuncia, donde la inmolación doblega al deseo en un ejercicio doble de amor sacrificial y apelación a la tristeza.

III) Seducción

La seducción es la tercera de las manifestaciones específicas de la histeria. Se erige como el motor de su estrategia que, en el fondo, no es más que una forma límite de la dialéctica que se resume bien bajo la fórmula recuperada por Lacan: «El deseo es deseo de otro»[21]. La histeria, en efecto, alimenta cada una de las cinco acepciones en que podemos desdoblar la expresión:

En primer lugar, significa que se quiere lo otro, lo diferente, lo que no coincide con uno mismo o lo distinto de lo que ya se posee. En definitiva, lo que nos falta: lo que no se tiene o lo que no se sabe. Visto desde esta perspectiva, hay una insatisfacción propiamente histérica que coincide con ese descontento sustancial de la vida, que en su caso se vuelve insaciable e imposible de remediar. La histeria no conoce la paciencia ni el reposo, por lo que cuando no puede articular directamente su deseo a través del cuerpo, que es su aliado principal, lo reviste de dolor y enfermedad para despertar de ese modo la atención compasiva de los demás.

En segundo lugar, viene a subrayar que todo deseo encarna el deseo de otro deseo más que venga a sustituirlo después de su agotamiento. Se quiere lo que se quiere y, sobre todo, se quiere seguir deseando más para evitar la soledad, la ausencia y el vacío de la tristeza. El deseo se despliega como una muñeca rusa que no tiene otro final que la muerte.

---

21. Inspirándose en la dialéctica hegeliana, la máxima «El deseo es el deseo del Otro»se encuentra a lo largo de toda su obra y es motivo de permanente reflexión.

Esta ley universal, que define la existencia como una sucesión de deseos que en condiciones normales eslabonan la vida con naturalidad, coincide, aunque de modo caricaturesco, con la condición de iniciador siempre frustrado que define al histérico.

En tercer lugar, alcanzando su significado más específico, indica que por encima de todo se quiere que el otro desee. Esto viene a decir que, más que atraernos el otro en sentido estricto, es su deseo el que nos interesa, pues sólo desde ese vaciamiento del otro somos capaces de articular nuestras apetencias. Seducir, a la postre, no es nada más que conseguir orientar hacia uno mismo la escasez de los demás, hacer blanco en su desnudo y dar con el resorte que nos permite despertar en su corazón la impresión de carencia.

La histeria, observada desde este ángulo, es la gran seductora universal. Nadie fagocita el deseo ajeno como ella. Despierta la falta en el otro con la misma habilidad con que se las amaña para generar culpa e incomodidad.

En cuarto lugar, la frase defiende que deseamos lo mismo que desea el otro, pues en el deseo siempre hay una rivalidad recóndita que nace del seno familiar. Desde niños queremos antes el juguete del hermano que el propio, simplemente porque lo que quiere el otro lo recubrimos de todas las excelencias. «Una mujer no atrae la atención por su bonito rostro, sino por el amor que su marido le tiene», advirtió Ovidio[22].

La histeria, en este sentido, es la deseante por excelencia y la gran alcahueta de la sociedad. Nada resulta más satisfactorio y triunfante para el histérico que conseguir que alguien se vaya con él al precio de haber dejado a otro cualquiera.

En quinto y último lugar, nos advierte que se desea a través de la huella del deseo que nos transmiten los demás. Vivir es incorporarse al deseo familiar, apropiarnos del deseo que previamente nos han cedido. Por ello, en nuestro interior siempre hay alguien que desea por nosotros. Debemos convivir con ese patrimonio familiar del que no acertaremos a desprendernos jamás. Estamos hipotecados a los deseos que nos han ido cediendo y despertando los padres con su propio desear. De esta suerte se nos impone una configuración del deseo como se nos obliga a una lengua.

En este terreno la histeria, lógicamente, en tanto que extralimita esta dependencia, se convierte en la heredera principal del deseo de la Humanidad.

V. HISTERIA, FEMINIDAD Y VERDAD

Siempre se ha sostenido que el oficio más antiguo y la más antigua enfermedad van unidos por su condición sexual. Desde que se tiene noticia de ella, la histeria ha sido asociada con el útero y con los males propios de la feminidad. Sin embargo, es legítimo dudar de que esta inclinación responda a una condición natural. No es absurdo atribuir esta preferencia al estado de represión y sometimiento al que ha estado expuesta la mujer a lo largo de la historia. Si las manifestaciones histéricas han sido –y siguen siéndolo, aunque en menos proporción– más frecuentes en el sexo femenino, bien puede deberse a que sus dificultades para gestionar el deseo estaban socialmente más obstaculizadas

22. OVIDIO: *Amores*, III, 25-30.

que en el caso del hombre. Su mayor incidencia, por consiguiente, no viene determinada por los genes, como ahora se pretende hacer con todo, ni porque responda a algo esencial que defina a las mujeres, sino porque éstas poseen una daga delicada que han tenido que perfeccionar con el tiempo para defenderse de un mundo dominado por los varones. Frente a las exigencias autoritarias del macho padre de familia, quizá las mujeres no hayan tenido más remedio que perfeccionar esta argucia para sacudirse con destreza la infamia viril que las aprisiona. Lo cual no las exime de responsabilidad, si se les aplica su propia medicina y se las culpabiliza un poco, ni justifica su uso indiscriminado ni su afán histérico de poder y casi de hombría. Habrá que esperar a nuevos climas de igualdad para ver hasta qué punto este estilete de culpabilidad cambia de sexo y deja vislumbrar de forma más natural el resentimiento que esconde. Tiempos en que la histeria no se atenga a tanta diferencia sexual como sucede con la que aún predomina.

En su libro *Sobre la educación de las mujeres*, Choderlos de Laclos describe el proceso histérico de la mujer del modo siguiente: «Ellas sintieron al fin que, puesto que eran más débiles, su único recurso era seducir; conocieron que si dependían del hombre por la fuerza, ellos podían serlo por el placer. Más desgraciadas que los hombres, debieron pensar y reflexionar antes que ellos; fueron las primeras en saber que el placer quedaba siempre por debajo de la idea que se formaba, y que la imaginación iba más lejos que la naturaleza. Conocidas estas primeras verdades, aprendieron primero a velar sus encantos para despertar la curiosidad; practicaron el arte penoso de rechazar cuando lo que deseaban era consentir; desde ese momento supieron encender la imaginación de los hombres, supieron por su cuenta despertar y dirigir sus deseos»[23].

Sin embargo, hoy las cosas pintan diferente en el dominio de las costumbres. Una nueva libertad en las relaciones con el deseo y el cuerpo han vuelto impopulares los prejuicios sexuales y todas las formas de inhibición física. La coacción social, que tan bien funcionaba en un ambiente escrupuloso y puritano, poco tiene que hacer cuando lo que se promulga es educación sexual, ejercicio de los placeres y, si viene a cuento, ayuda del sexólogo para no quedarnos atrás. Este hecho, paralelo a una extensión creciente de la igualdad de género, justifica que la histeria tienda a dejar de ser una expresión propiamente femenina.

No olvidemos, además, que las manifestaciones de la histeria vienen determinadas por la recepción que reciben. La interpretación de la histeria exige evaluar esa aceptación, porque a través de ella la sociedad revela sus propias debilidades. Por ejemplo, la histeria medieval, con su profusión de satanismo, brujas y poseídos, desenmascara los abusos de poder de la cultura eclesial. La histeria moderna, freudiana y charcotiana, denuncia en especial el abuso machista. Y si nos fijamos en la histeria actual, la descubrimos a la caza de nuevos campos sin simbolizar donde pueda ocultarse. Espacios que ocupa y que, sin proponérselo, nos sirven para estudiar nuestro modo de vida. Pues si el deseo de saber del hombre figura en la frase inicial del primer libro de metafísica de Occidente, algo hay

23. CHORDELOS DE LACLOS, P.: *De l'éducation des femmes* (1783), Grenoble, Million, 1991, p. 110

que agradecerle a la histeria de que, como escribe Aristóteles, «todos los hombres tengan naturalmente el deseo de saber»[24]. La histeria, sin duda, estimula nuestro conocimiento y nos induce a perseguirla allí donde se esconda, pues el tipo de aceptación o rechazo, que en cada época prestamos a su mistificación y su pamema, dice mucho de nuestros propios oscurecimientos.

Llegados a este momento, es tentador concebir la verdad como un discurso necesariamente histérico. Así, podemos entender la verdad como un objetivo que no termina de llegar, como un retroceso irreductible, como un desvelamiento que vela, según la paradoja con que ha acabado identificándola la metafísica occidental. La verdad, entonces, se comporta como la histeria, que da siempre un paso atrás cuando, curiosamente, llega la hora de la verdad. Histérico, entonces, es todo lo iniciador, lo que sólo seduce para darnos enseguida la espalda y dejarnos –por fortuna– con las ganas; con las ganas de seguir deseando, insatisfechos pero insistentes, en pos de lo verdadero.

Nada existe tan hábil como la histeria para adaptarse a los huecos de la sociedad, a los vacíos de significación, a los espacios sin simbolizar, para tratar de exhibirse en sus vanos y poner de relieve todos los fallos que tengan lugar. Su habilidad para recorrerlos con su impostura es tan proverbial como su capacidad para desplazar los síntomas en el cuerpo mediante ese ir y venir *uterino* con que los antiguos ya identificaron su proceso. El nomadismo constitucional de la histeria, el virtuosismo de sus desplazamientos, permiten definirla como lo que siempre cambia de lugar. Nada mejor que este movimiento para satisfacer su desafío a la verdad, a la que impulsa tanto como cuestiona, y para retar a quien represente la autoridad, que por otra parte tanto dice respetar.

VI. SIEMPRE EN OTRO LUGAR

El territorio que hoy rellena la histeria con especial predilección es doble: de un lado, el espacio donde habita la hipertrofia del consumo, y, por el otro, la falta de rigor y responsabilidad tan característicos de nuestro tiempo. A este último, a esa mezcla indefinible e imprecisa de inocencia y frivolidad, debemos atribuir que la histeria campe a sus anchas en el domino de la depresión, de la distimia o del trastorno bipolar, donde las representaciones tristes hablan a través del cuerpo con gran soltura y facilidad. A lo cual contribuyen además dos hechos muy significativos. Uno, que las pasiones tristes son juzgadas hoy muy benévolamente por la sociedad, quizá porque todos somos conscientes del peligro depresivo que supone la imposibilidad de satisfacer tantos deseos como se nos reclaman en la vida actual. El otro, más técnico, proviene de la voluntaria imprecisión de las nuevas nosologías dimensionales, del tipo del trastorno bipolar o el espectro psicótico, que han ampliado el umbral de las enfermedades invitando a quedar incluido en ellas a cualquiera, y por supuesto a la histeria, que lógicamente no renuncia a la ocasión aprovechando su legendario mimetismo cuasi simulador.

---

24. ARISTÓTELES: *Metafísica*, Madrid, Aguilar, 1977, p. 909 (980 a).

Por otra parte, la histeria, entendida en su sentido colectivo, es la gran animadora hoy del consumo que sostiene la economía. Sin mucho esfuerzo por su parte logra coincidir con lo que le falta al mundo. Se muestra como el gran sostén del mercado: el deseo de comprar. Se descubre como un atractivo motor de consumo y a la vez como causa del consumismo estúpido y depredador, puramente imaginario, sin el cual, no obstante, el sistema se hunde. De este modo el rostro salvífico de la histeria se junta, una vez más, con el más ruin que nos aliena y fetichiza. La histeria demuestra, mejor que cualquier análisis político más o menos marxista, que las cosas hoy son válidas porque se consumen y compran, más que por su utilidad intrínseca. En un dominio de moda, flujos, liquidez, movimiento y necesidad de crecimiento para mantener la tensión comercial, la histeria muestra su inigualable capacidad para estar siempre en otro lugar. Los objetos se han vuelto inconsistentes y huidizos, así que la astuta histeria ha abandonado con gusto la clínica para enseñorearse por todo el escenario social, demostrando una vez más su plasticidad y sus dotes para identificarse con todo lo que le rodea.

No es de extrañar, por lo tanto, que en un mundo de cosas, donde reina la histeria por la magnitud que adquiere su cuerpo, la conversión haya sido sustituida por la exhibición en un desplazamiento mucho más conforme al gusto actual. Del mismo modo que el mecanismo clásico de la represión va siendo sustituido poco a poco por la *supresión*, por la capacidad para mirar a otro lado y mostrarse ciegos e indiferentes con la realidad que no interesa o no conviene. Lo que ahora manda es hacerse el longuis y lavarse las manos. Ese «prefiero no saber nada de eso» de la histeria, que es la otra cara del impulso a saber que encarna igualmente, adquiere a veces una intensidad desconcertante. Representa la evidencia de que son tantas las dificultades con las que se encuentra el ciudadano, tan numerosas las solicitudes y tan escasas las posibilidades, que a veces lo más socorrido y justo es evitar que la vida nos mire a la cara y nos interpele.

José María Álvarez
Fernando Colina
Ramón Esteban

Valladolid, noviembre de 2010

1. LA HISTERIA EN LA HISTORIA DE LA MEDICINA

Georges GILLES DE LA TOURETTE (1857-1904)

Georges GILLES DE LA TOURETTE[1] nació en 1857, en el seno de una familia de tradición médica, en Saint-Gervais-les-Trois-Clochers, cerca de Poitiers. Iniciados allí sus estudios de medicina, los continuó en París desde 1876. Interno de Charcot y de Brouardel, jefe clínico con Charcot de 1887 a 1889, entra en el prestigioso Cuerpo de Médicos de los Hospitales Públicos en 1893, y un año más tarde es agregado suplente de la cátedra de Clínica de las enfermedades del sistema nervioso en La Salpêtrière, donde el Prof. Raymond acababa de sustituir a Charcot. Murió en 1904, dejando su nombre como epónimo de un raro mal, los «tics convulsivos» o enfermedad de Gilles de la Tourette.

Se le considera el más fiel seguidor de Charcot, único guardián de los dogmas de La Salpêtrière mucho más allá de la muerte del maestro, transmisor de sus teorías en los dos últimos volúmenes del *Tratado clínico y terapéutico de la histeria según la enseñanza de*

1. Fuente principal: Pierre MOREL, *Dictionnaire biographique de la psychiatrie*, Le Plesis-Robinson, Synthélabo, 1996, pp. 113-114.

La Salpêtrière, cuya edición coordinó en 1895. Su obra personal tampoco fue ajena a esa devoción, ya se tratase de artículos médicos (*El hipnotismo y los estados análogos desde el punto de vista médico*, 1887; *Tratado sobre la histeria*, 1893), de estudios histórico-médicos (*El manuscrito de sor Juana de los Ángeles*, de 1886, narrando el episodio de las Ursulinas de Loudun; *El proceso de Gaufridi por brujería*, escrito en 1900), o de una seria de artículos sobre *La locura en el teatro*.

Georges GILLES DE LA TOURETTE

CONSIDERACIONES HISTÓRICAS ACERCA DE LA HISTERIA[2]

— 1891 —

Los médicos y los filósofos de la Antigua Grecia.— Demócrito, *Hipócrates*[3], Platón, Areteo.

Los médicos de los primeros siglos de la Era Cristiana.— Celso, Galeno, Aecio, Pablo de Egina.

La histeria a través de la Edad Media.— Importancia de los documentos ilustrados sacados a la luz por Charcot y Paul Richer.— Las grandes epidemias de corea rítmica y de demonopatía de los siglos XIV a XVIII.

La histeria, desde el Renacimiento hasta el siglo XIX.— A. Paré, Fernel, Mercurialis, Baillon, Forestus.— *Los trabajos de Charles Lepois y de Sydenham*.— Discusión acerca de las relaciones entre la histeria y la hipocondría.— La histeria en el varón.— Willis, Highmore, Raulin, R. Whytt, Astruc, Sauvages, Pomme.

La histeria en el siglo XIX.— Violenta reacción contra las ideas de Lepois y de Sydenham.— *Louyer-Villermay*, 1802-1816.— Georget las defiende, 1831.

Periodo de los concursos académicos.— *Real Sociedad de Medicina de Burdeos*: Dubois, d'Amiens, 1833.— *Academia de Medicina*, 1845.— Tratados de Brachet y de Landouzy.

La histeria en Inglaterra.— Las lecciones de Brodie, 1837.— La histeria en Alemania.— Romberg, Valentiner, Meyer.

Charcot se hace cargo del Servicio de Histéricas de La Salpêtrière, 1862.— Discusión sobre las relaciones que unen la histeria y la epilepsia.— La *histeroepilepsia* no tiene nada que ver con la epilepsia.— Leyes del ataque. Impulso dado al estudio de la histeria por Charcot y su escuela.

---

2. Fuente: Georges GILLES DE LA TOURETTE, «Considérations historiques», capítulo primero de su *Traité Clinique et Thérapeutique de l'Hystérie d'aprés l'enseignemente de La Salpêtrière. [Première Partie:] Hystérie Normale ou Interparoxistique*, París, E. Plon, Nourrut et Cie, 1891, pp. 1-36. Traducción: Ramón Esteban Arnáiz.

3. Respetamos en todo el artículo las cursivas del original.

Desde un punto de vista documental, la historia de la histeria comienza con los más antiguos escritos médicos y filosóficos, pues en la antigua Grecia, cuna de todas las ciencias, la filosofía estaba en estrecho contacto con la medicina, y eso si no la englobaba en su propio territorio. En esa línea, Demócrito y Platón fueron sin duda los precursores de la medicina, y Platón el primero en formular la teoría que durante tanto tiempo regentaría la clínica y la terapéutica de esa neurosis cuando escribió: «La matriz es un animal que desea ardientemente engendrar niños. A partir de la pubertad, si permanece estéril mucho tiempo le resulta muy penoso soportarlo, se indigna, recorre todo el cuerpo taponando las salidas del aire, deteniendo la respiración, arrojando al cuerpo a peligros extremos y ocasionando diversas enfermedades, hasta que el deseo y el amor, juntando al hombre con la mujer, hacen nacer un fruto y lo recolectan como si del de un árbol se tratase»[4].

Estas líneas del Timeo, que tantos han citado antes que nosotros, contienen el famoso aforismo: «*Nubat illa et morbus effugiet*»[5], que durante tanto tiempo serviría de base a la teoría y a la terapéutica de la histeria femenina, pues el estudio de la masculina no se consideró seriamente antes de Charles Lepois[6] y de Sydenham[7], como si la etimología del nombre no permitiese ni siquiera plantearse tal hipótesis. Y sin embargo, desde el siglo XVI, los artistas, fieles representantes de la naturaleza sufriente, acumularon documentos gráficos, pero su interpretación no fue hecha hasta nuestros días por Charcot y Paul Richer[8].

---

4. [Nota de GILLES DE LA TOURETTE; en adelante N. de G. T.] *Oeuvres de Platon*, trad. Cousin, t. XII, p. 242.

5. Es decir: «En cuanto se case desaparecerá la enfermedad».

6. Charles LEPOIS, conocido como Carolus PISO (1563-1633); otras veces, su apellido se ha escrito separado (LE POIS); en otras ocasiones, su nombre latinizado puede leerse Caroli PISONIS o Carolo PISONE, tal como figura en la portada de su obra más famosa *Physicum Cometae speculum*. Médico de Carlos III de Francia, decano de la Facultad de Medicina de Pont-à-Mousson, y primero en afirmar categóricamente que la histeria no tenía nada que ver con la matriz, sino que sería una enfermedad cerebral idiopática común a hembras y varones.

7. Thomas SYDENHAM (1624-1689), llamado «el Hipócrates inglés» por su extensa aportación a la medicina clínica. Sólo se acercó a temas psicopatológicos en su «[Disertación en forma de carta sobre] La afección histérica», dirigida en 1682 a su colega William Cole. La encontraba en uno de cada seis pacientes, fueran hombres o mujeres, y rechazaba la teoría uterina. «La afección histérica» se recoge ya en la primera edición de sus obras completas: *Opera omnia*, Venecia, 1755. Hay ediciones en castellano en: CONTI, N. A. Y STAGNARO, J. C., *Historia de la Ansiedad. Textos Escogidos*, Buenos Aires, Pólemos, 2007; y Saurí, J. (comp.), *Las histerias*, Buenos Aires, Nueva Visión, 1984.

8. Un resumen de la biografía de Jean-Martin CHARCOT (1825-1893) puede consultarse en este mismo volumen, p. 51. En cuanto a Paul RICHER (1849-1933), fue, junto a Georges Gilles de la Tourette, uno de los discípulos más fieles de Charcot, capitaneando la «corriente somatista» de la escuela de La Salpêtrière. Hábil dibujante y profesor de Anatomía Artística en la Escuela de Bellas Artes de París, ilustró sus obras y las de su maestro, con quien publicó dos trabajos sobre documentos iconográficos para la historia de la enfermedad mental: *Los demoniacos en el arte* (1887) y *Los enfermos y los deformes en el arte* (1887). Además, tras abordar el tema del gran ataque histérico o ataque hystéro-epiléptico en su tesis de 1878, volvió sobre ello en 1885 recopilando todas las observaciones, ideas, clasificaciones y teorías de la escuela de La Salpêtrière en unos *Estudios clínicos sobre la gran histeria o histeroepilepsia*, que fue el libro más significativo producido por el grupo de Charcot.

Los *escritos hipocráticos* son ricos en lo concerniente a la histeria pero, al igual que respecto a otras afecciones, se han atribuido a Hipócrates muchas cosas que realmente no vio. La lectura atenta de sus obras nos muestra, en efecto, que aunque conoció bien la epilepsia no siempre supo diferenciarla de la histeria, que conocía también, es cierto, pero de un modo en realidad bastante más imperfecto. Esto se debe quizá al carácter hierático del *morbus sacer*[9] que tanto había impresionado a los médicos y a las gentes de Grecia. Y sin embargo, un gran número de aquellos desdichados a los que la *enfermedad hercúlea*[10] hacía caer al suelo, muchos de los sacerdotes que, golpeados por el *mal divino*, recitaban sus oráculos en medio de convulsiones, no eran en verdad sino histéricos, y podríamos demostrar fácilmente —sin ser demasiado puntillosos— que la epilepsia debe mucho de su carácter sagrado a la mal conocida histeria.

En lo que respecta a la histeria, pues, muchos de los pasajes hipocráticos están lejos de convencernos como han convencido, por ejemplo, a nuestro gran Littré. ¿Qué decir, en efecto, de lo siguiente, que Hipócrates relaciona claramente con la neurosis?[11] «Si las matrices van hacia el hígado, la mujer pierde inmediatamente la voz; aprieta los dientes, su tez se ennegrece. Estos ataques se adueñan de ella repentinamente encontrándose previamente bien. Sobrevienen especialmente a las solteras añosas y a las viudas que, siendo jóvenes y habiendo tenido hijos, mantengan la viudedad».

Se podrá encontrar en la siguiente cita el germen —inconsciente en verdad— de la compresión del ovario: «Así las cosas, se empuja con la mano para apartar el hígado y se coloca un vendaje apretado bajo los hipocondrios»[12].

---

9. La etimología griega de la voz 'epilepsia' remite a la idea de interrupción brusca, de ser repentinamente poseído por una influencia superior. Los griegos creían que sólo un dios podía arrojar a las personas al suelo, hacerles perder la conciencia, producirles convulsiones y devolverles a su estado normal sin deterioro aparente. Aunque la escuela de HIPÓCRATES utilizó con frecuencia la expresión «enfermedad sagrada», el volumen homónimo de los tratados hipocráticos se dedica precisamente a demostrar su origen natural, no divino.

10. «Enfermedad hercúlea», «Mal de Hércules» o *morbus herculeus*: Hércules, semidiós hijo de Júpiter y Alcmena, estaba enemistado con la diosa Juno, quien propició que sufriese desmayos semejantes a la pérdida de conciencia epiléptica, así como varios ataques de locura furiosa durante uno de los cuales mató a Megara y a los hijos que había tenido con ella. Al recobrar la razón, horrorizado por su crimen Hércules se condenó al destierro.

11. [N. de G. T.] *Oeuvres complétes d'Hippocrate*, trad. nouvelle. *De la nature de la femme*, t. VII, p. 315. [«De la naturaleza de la mujer». Gilles de la Tourette manejó la edición de los tratados hipocráticos debida a Émile LITTRÉ (1801-1881), médico, lexicógrafo y filósofo galo, conocido sobre todo por su *Dictionnaire de la langue française*. Entre 1839 y 1861 Littré fue traduciendo del griego al francés la obra atribuida a Hipócrates, publicada en diez volúmenes por la Editorial Baillière de París].

12. El autor parece poner en relación los intentos hipocráticos de impedir los desplazamientos del útero con vendajes y la muy posterior teorización de CHARCOT al dividir a las «histeroepilépticas» en dos subtipos: las ováricas, en las que el ataque puede ser frenado por compresión de los ovarios, y las no ováricas, en las que esto no se produce. Asímismo, habría hombres testiculares y no testiculares. Por otra parte, el ataque puede ser desencadenado por compresión de lo que CHARCOT llama «placa histerógena», que se localiza en cualquier región de la superficie corporal.

Como descripción del ataque preferimos manifiestamente el siguiente pasaje[13], sobre todo porque en él se expone con claridad la cuestión del diagnóstico diferencial con la epilepsia: «Cuando la matriz está en el hígado y en los hipocondrios produce ahogos, los ojos en blanco se giran hacia arriba, la mujer se queda fría y a veces lívida, rechina los dientes, la saliva fluye de su boca y se asemeja a los epilépticos». A continuación [Hipócrates] desluce esta descripción, pues, aun sabiendo que el paroxismo histérico rarísimas veces conduce a la muerte, afirma: «Si la matriz queda mucho tiempo fijada al hígado y a los hipocondrios, la mujer sucumbe asfixiada».

La cita que incluimos seguidamente procede de Celso, en cuyas obras, como decía Boerhaave, «se encuentran muchas cosas que hoy en día se hacen pasar por nuevas». Este pasaje del primer médico célebre del comienzo de la era cristiana, pasaje que a nadie se le había ocurrido citar antes que a nosotros, dice mucho, a nuestro entender, acerca de los conocimientos que sobre la histeria poseía el célebre enciclopedista[14], que fue además un ferviente admirador de Hipócrates, del cual tradujo numerosos fragmentos. Se advertirá que plantea con claridad los elementos del diagnóstico *diferencial* entre la histeria y la epilepsia[15].

«*Ex vulva quoque feminis vehemens malum nascitur; proximeque ab stomacho vel afficitur vel corpus afficit. Interdum etiam sic exanimat, ut tanquam comitiali morbo prosternat. Distat tamen hic casus, eo quod neque oculi vertuntur, nec spumae profluunt, nec nervi distenduntur: sopor tantum est. Id vitium quibusdam feminis crebro revertens, perpetuum est*»[16].

---

13. [N. de G. T.] *Hippocrate*, trad. Littré, *Des maladies des femmes* [*De las enfermedades de las mujeres*], t. VII, cap. 7, p. 33.

14. CELSO (Aulo Cornelio CELSIO), erudito romano que vivió en la época de Augusto y Tiberio (entre el 63 a. C. y el 37 d. C.), quizá de sangre noble o simplemente un liberto apadrinado por los Cornelios, médico ejerciente o quizá sólo un profundo conocedor de la medicina. Dejó una obra enciclopédica, *De artibus*, destinada a los *paterfamilias* de la nobleza rural y a la educación de sus hijos, en la que recopila conocimientos sobre agricultura, derecho, defensa militar de la propiedad, etc. Entre todo el bagaje necesario para el cuidado de sus descendientes, siervos y patrimonio, los *paterfamilias* necesitaban también conocer la medicina, bien para ejercerla de puertas para adentro, bien para presidir las ceremonias y ritos que aún formaban parte de ella. Celso sostuvo una opinión más amplia: la medicina debería formar parte de la instrucción general de cualquier hombre libre. Aunque el resto de su obra se ha perdido, los ocho libros que componen la parte médica, *De Medicina*, tras pasar inadvertidos hasta el siglo XIV fueron recuperados por el papa Nicolás V, fundador de la Biblioteca Vaticana. Posteriormente, *De Medicina* será el primer tratado médico que se imprima (Florencia, 1478), justa primicia para un texto que, al parecer, es también el primer tratado completo de medicina escrito en latín que se conoce y que en el *proemium* de su libro I contiene la primera historia de la medicina de que se tiene noticia.

15. [N. de G. T.] A. CORNELII CELSI, *De re medica libri octo*, lib. VII, cap. I, secc. VII, p. 213; París, P.-Fr. Didot, 1772.

16. En latín en el original. Lo traducimos como: «A las mujeres, desde la vulva [por extensión, la matriz] también les surge a veces una violenta enfermedad, y, junto al estómago, este órgano es uno de los que más se afectan del cuerpo y es el que más influye sobre él. En muchas de esas ocasiones, la mujer queda tan insensible que cae al suelo como si sufriese epilepsia. Estos casos, sin embargo, difieren de

Siglo y medio después de Celso, Galeno[17], que fue un destacado fisiólogo, aun sin desposeer a la matriz de ser la sede de la histeria, considera absurda la opinión —que atribuye a Platón— de la ascensión del útero durante el ataque. Sus conocimientos anatómicos le habían enseñado que el útero no puede viajar constantemente de la vulva al apéndice xifoides, como decía Areteo[18]. Galeno es quizá el primero en emitir la opinión de que la histeria no es monopolio exclusivo de la mujer, ya que escribió: «*Id vero quoque viris evenire solet*»[19].

No creemos que sea necesario insistir más ampliamente en los escritos de los autores de los primeros siglos de la era cristiana: Aecio, Pablo de Egina, que están lejos de alcanzar en este tema la precisión que hemos constatado en Celso.

* * *

Sin entrar en el estudio de los médicos árabes, quienes, según dicen muchos autores, poco hicieron por el estudio de la histeria, a partir de la Edad Media vamos a encontrarnos en presencia de documentos de un valor mucho más considerable que las descripciones más o menos exactas que hemos reseñado. Plantada en un suelo fecundado sin cesar por la ignorancia y el fanatismo religioso, la histeria iba a desarrollar con facilidad un

---

la epilepsia en que los ojos no se vuelven del revés, ni hay espuma en la boca, ni espasmos de los tendones: es simplemente sopor. En algunas mujeres los ataques vuelven a aparecer con frecuencia y la enfermedad dura toda su vida».

17. Claudio GALENO (131-200). Filósofo, geómetra, gramático y célebre médico griego nacido en Pérgamo. Se dedicó primero a la filosofía y después estudió medicina. Permaneció mucho tiempo en Alejandría, donde practicó la disección de animales a falta de cadáveres humanos. Después de ejercer en Pérgamo, pasó a Roma el año 165, donde fue sucesivamente médico de los emperadores Marco Aurelio, Vero y Cómodo. Regresó a Pérgamo al fin de sus días y murió a la edad de setenta años. Seguidor de Hipócrates, se cree que escribió unos 500 tratados sobre medicina, de los cuales se han extraviado muchos. En medicina como en física profesó la teoría de los cuatro elementos y los cuatro humores; para dar cuenta de los fenómenos de la vida, admitía un «espíritu vital». En filosofía inventó la cuarta figura del silogismo. Los títulos de sus principales obras son: *De la constitución del arte médica; Terapéutica; Comentario de varios escritos de Hipócrates; De anatomicis administrationibus; De usu partium; De curandi ratione per sanguinis missionem; De locis affectis; Historia de la filosofía.*

18. ARETEO (ss. I-¿II?). Médico de Capadocia, uno de los más célebres de la Antigüedad, pese a lo cual no se han conservado muchos detalles de su vida. Quizá ejerció durante un tiempo en Roma. Conoció al farmacólogo Dioscórides y a Andrómaco, médico de Nerón e inventor de la triaca. Sólo se conoce una obra suya, muy influida por la de Celso y dividida en ocho libros que tratan de las *Causas y signos de las enfermedades agudas y crónicas y de su tratamiento*.

19. «Es cierto que también suele ocurrir a los varones».

lujuriante ramaje. Las representaciones artísticas[20] van desde entonces a adquirir una importancia excepcional.

Fig. 1.– Cristo liberando a un poseso.– Según una pieza de marfil del siglo V, fragmento de un evangeliario de la Biblioteca de Ravena [Dibujo de Paul Richer].

Fig. 1 bis[21].

Los muy valiosos conocimientos que poseemos sobre la histeria en esta época de la historia, se los debemos a nuestro eminente maestro el profesor Charcot y a nuestro

20. Traducimos así la expresión francesa *documents figurés*, pues no hay en español una expresión que englobe los productos de la pintura, la escultura, la talla, el grabado, etc.

21. Reproducimos algunas de aquéllas obras que Richer tomó como modelos. No ha sido posible localizarlas todas.

buen amigo el señor Paul Richer, cuyos nombres volverán a aparecer en todas las páginas de este trabajo. Tales conocimientos han sido detalladamente consignados en dos obras: *Los demoniacos en el arte* (1887), de la cual hemos tomado las figuras que adornan este capítulo, *Los enfermos y los deformes en el arte* (1887), y también en los *Estudios clínicos sobre la gran histeria o histeroepilepsia* (2ª ed., 1885), libros que el historiador de la histeria debe incesantemente consultar[22]. Hablamos líneas atrás de documentos escritos y citamos de pasada a Aecio y Pablo de Egina, que vivieron en el sexto y séptimo siglo después de Jesucristo. ¿Acaso nos equivocábamos al no entretenernos en la interpretación de textos aún hoy oscuros cuando tras los estudios de los señores Charcot y Richer disponemos de documentos anteriores y, sobre todo, que no dan pie a discusiones?

Una pieza de marfil del siglo V (fig.1), fragmento de la cubierta de un evangeliario de la biblioteca de Ravena, representa una escena de exorcismo, y es difícil equivocarse acerca de la actitud del energúmeno[23] que adorna el manuscrito sirio de la biblioteca de Florencia (siglo VI) (fig. 2).

Fig. 2.– *Energúmeno*. Miniatura .– Manuscrito sirio de la biblioteca de Florencia (siglo VI)[Dibujo de Paul Richer].

22. Las dos primeras obras pueden leerse en castellano: Jean-Martin CHARCOT y Paul RICHER, *Los endemoniados* en el arte, Jaén, Ediciones del Lunar, 2000; *Los deformes y los enfermos en el arte*, Jaén, Ediciones del Lunar, 2002. De la tercera obra mencionada no existe traducción a nuestra lengua: Paul RICHER, *Études cliniques sur la grande hystérie ou hystéro-épilepsie*, París, A. Delahaye y E. Lecrosnier,1885 (2ª ed.); procedida de una carta a modo de prefacio del Prof. Charcot.

23. Recordemos que según el DRAE, 'energúmeno', que hoy sólo se usa como 'persona furiosa, alborotada', proviene del latín *energumĕnus*, y este del griego *ἐνεργούμενος* (poseído), y significa en primera acepción 'persona poseída por el demonio'.

Tengamos también en cuenta que la mayor parte de los poseídos y «convulsionarios»[24] —y ya sabemos hoy lo que significaban estos términos— con que vamos a encontrarnos son hombres, lo que prueba que aunque los autores no hablasen de ella la histeria masculina no por eso dejaba de existir en esa época de la historia.

Si bien puede haber alguna duda de interpretación respecto a la actitud del energúmeno de la biblioteca de Florencia, no ocurre lo mismo en lo concerniente al «Hijo poseso», miniatura del manuscrito del emperador Otón conservado en la catedral de Aix-la-Chappelle.

«Que nosotros sepamos, dicen Charcot y Richer (pág. 8), es la más antigua representación pictórica de posesos que se conoce, y muestra ya algunas de las características del realismo tan notable que los grandes artistas del Renacimiento supieron plasmar con tanta habilidad. El joven está en plena crisis, el tronco violentamente curvado hacia atrás, la cabeza y los miembros contracturados. Le sujeta su padre, que le presenta ante Cristo... La actitud dada que por el artista a un joven poseído merece aquí ser destacada. Esa curvatura hacia atrás debe ser asimilada al «semicírculo» [u opistótonos] tan frecuente en los histéricos».

Fig. 3 .– *Representación de un* exorcismo, según uno de los bajorrelieves de bronce de la puerta de San Zenón, en Verona (siglo XI) [Dibujo de Paul Richer].

24. Los CONVULSIONARIOS: jansenistas fanáticos que entre 1727 y 1732 se reunían en torno a la tumba del diácono François de Pâris, en el cementerio de la iglesia de Saint-Médard, en París, y pretendían conseguir curaciones milagrosas de enfermos a base de «crisis de devoción» durante las cuales los oficiantes eran presa de convulsiones generalizadas. Terminaron convirtiéndose en tumultos eróticos, y el rey los prohibió en febrero de 1732, lo que dio pie a una letrilla popular: «*De par le roi, défense à Dieu / De faire miracle en ce lieu*» [«Por orden del rey, se prohibe a Dios / hacer milagros en este lugar»].

Fig. 3 bis.

Desde ese punto de vista, el bajorrelieve en bronce de la puerta de la iglesia de San Zeno, en Verona, que data también del siglo XI y representa una mujer, no es menos característico: «Vestida con una larga túnica muy ajustada, la posesa se dobla hacia atrás, sacando hacia delante su vientre prominente. La exagerado de esa actitud no es algo que no se vea al natural. Sabemos, en efecto, qué frecuente es la timpanitis[25] en las histéricas, bien sea en el momento de las crisis, bien fuera de ellas, y hemos recordado líneas arriba lo frecuente que es la curvatura del tronco hacia atrás en forma de arco. Tras la mujer, un monje le agarra el antebrazo derecho con una mano mientras que con la otra le sostiene los hombros y la cabeza, que también echa hacia atrás. Ante ella, un obispo mitrado, que sujeta con su mano izquierdo el otro brazo de la posesa, levanta la mano derecha haciendo el signo de la bendición. En la parte de arriba, el demonio, bajo el aspecto de un genio [oriental], parece salir de la boca de la paciente».

No seguiremos extrayendo material de esa mina inagotable que son las representaciones artísticas; no cesaríamos de citar y citar sin descanso, hasta tal punto son numerosos y concluyentes. Tampoco faltan en esa época documentos escritos, pero se han convertido en letra muerta para nuestros contemporáneos, ya que hacen proceder de causas sobrenaturales el carácter morboso de las grandes epidemias de convulsiones. Como anexo a las representaciones artísticas, han sido maravillosamen-

25. Timpanitis: en general, hinchazón de alguna cavidad del cuerpo producida por gases; y en especial, abultamiento del vientre, que por acumulación de gases en el conducto intestinal (meteorismo) o en el peritoneo se pone tenso como la piel de un tambor. Es término en desuso. Se conserva el de timpanismo: sonido hueco que se obtiene en la exploración médica al percutir el abdomen de los enfermos que tienen muchos gases retenidos.

te sacados a la luz y editados por Littré, Charcot, Valentiner y, especialmente, por Calmeil[26] y Paul Richer[27], sin olvidar al señor Bourneville[28], que ha reeditado los más importantes en su *Biblioteca diabólica*.

Las grandes epidemias de corea[29] de la Edad Media no pertenecen, es cierto, a la corea usual; deben ser consideradas como corea rítmica de la histeria, como se juzgará al ver los dibujos de P. Brueghel (figs. 4, 5 y 6) y por la siguiente descripción tomada de Hecker[30]:

«Ya en 1574 se había visto en Aix-la-Chapelle llegar en tropel hombres y mujeres procedentes de Alemania, los cuales, unidos por un delirio común, ofrecían a los lugareños un extraño espectáculo en calles e iglesias. Cogidos de la mano y arrastrados por sus sentidos, que ya no eran capaces de controlar, danzaban durante horas y horas y prolongaban esta exhibición sin intimidarse ante los asistentes, hasta que, agotados, caían por tierra. Luego se quejaban con gran angustia y gemían como si hubiesen sentido acercarse a la muerte, *hasta que se les ceñía el vientre con vendas*; tras lo cual volvían en sí y se encontraban momentáneamente libres de su mal. La maniobra del vendaje tenía como finalidad actuar contra la timpanitis que se manifestaba después de los accesos; a menudo se la combatía de una forma mucho más sencilla, *propinándoles puñetazos y patadas en el bajo vientre*. Durante la danza *tenían apariciones*¸ no veían ni oían nada real y su imaginación les hacía ver espíritus cuyos nombres pronunciaban o más bien gemían...»

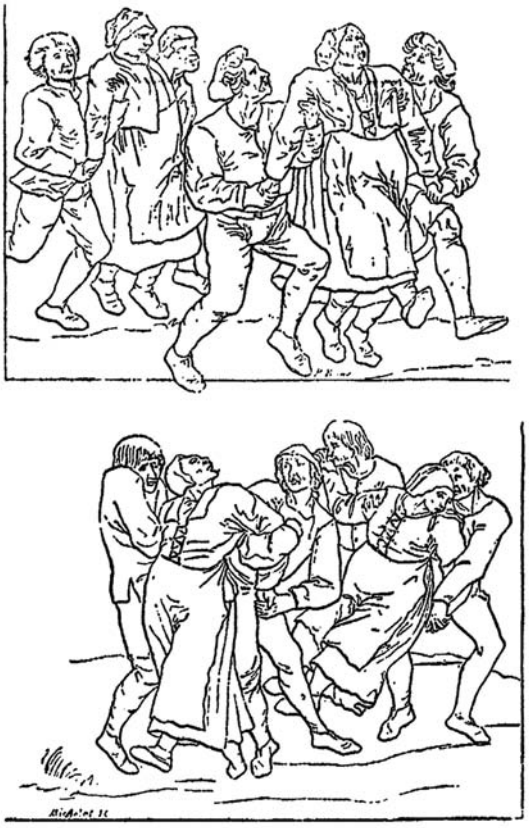
26. [N. de G. T.] [N. de G. T.] *De la folie considérée sous le point de vue pathologique, philosophique, historique et judiciaire*, 2 vols., Paris, 1845. [Louis-Florentin CALMEIL (1798-1895). Discípulo de Dupuitrien, Pinel y Esquirol. Alienista en Charenton, fue el primero en proponer el concepto de «ausencia epiléptica»].

27.[N. de G. T.] *Études cliniques sur la grand hystérie; l'hystérie dans l'histoire*, p. 708 y ss.

28. Desiré-Magloire BOURNEVILLE (1840-1909), alienista y cirujano infantil. Ayudante de Charcot entre 1871 y 1879. Especializado en niños deficientes, describió la esclerosis cerebral tuberosa o enfermedad de Bourneville. Aficionado a la edición de revistas y libros profesionales, entre otras actividades fundó con Regnard la *Iconographie de La Salpêtrière*.

29. Corea: movimientos bruscos, irregulares y sin finalidad, que afectan a una o varias partes del cuerpo, generalmente cara, lengua y parte distal de las extremidades.

30. [N. de G. T.] *Mémoires sur la chorée du moyen âge* (trad. de l'allemand par Ferdinand Dubois). *Annales d'hygiéne et médecine légale*, 1834, t. XII, p. 313.



Figs. 4 y 5.– *Baile de san Guy* .– Grupos en un grabado hecho por Hondius a partir de un dibujo de Peter Breughel [Copiado por Paul Richer].

Figs. 4 bis.

Fig. 5 bis.

» En los casos en que la enfermedad se había desarrollado completamente, *los accesos comenzaban con convulsiones epilépticas*. Los enfermos caían a tierra jadeando, sin conocimiento, echando espuma por la boca, después se levantaban de un salto y empezaban su baile acompañado de repugnantes contorsiones. Sólo fueron necesarios unos pocos meses para se propagase la plaga desde Aix-la-Chapelle, donde apareció en julio, hasta el interior de los Países Bajos»[31].

¿Dónde encontrar una mejor descripción del gran ataque de histeria y de su detención por compresión ovárica? ¿Cómo no reconocer las características particulares de la histeria masculina en el párrafo siguiente, cuya exactitud podremos subrayar más tarde?:

«A menudo desgarraban sus ropas o se entregaban a otros excesos; ocurría también que aquellos que disponían de fortuna se hacían acompañar por cuidadores, que les impedían dañarse a sí mismos o a los demás».

Esta larga cita nos dispensará de insistir sobre el carácter de tantas otras epidemias análogas que arrasaron en aquellas épocas en que el fanatismo religioso y el temor a los demonios mantenían a las mentes sencillas en un estado tan favorable al desarrollo de la histeria. El *tarantismo*[32] de Italia parece no haber sido otra cosa que una variante de la

31. En relación con el milenarismo, con el miedo a la muerte y con el sentimiento de culpa ante las epidemias de peste vividas como castigo divino, se desataron durante toda la Edad Media, pero sobre todo en sus tres últimos siglos, varios episodios de locura colectiva. Los FLAGELANTES, secta originaria de Hungría, cubrían su cabeza con una capucha roja y vagabundeaban aplicándose latigazos. El baile de SAN JUAN (que era el santo patrón antiepiléptico) o de SAN GUY, más conocido por baile de SAN VITO (martirizado por Diocleciano, san Vito prometió a quienes celebrasen los aniversarios de su muerte protegerles del "mal de san Juan", esto es, la epilepsia), causó muchas epidemias: en la de 1374 se reunieron en Aquisgrán cientos de danzantes, que continuaron su bailona peregrinación por Colonia, Metz y Erfurt.

32. El TARANTISMO o TARANTOLISMO se considera hoy un fenómeno histérico pseudoconvulsivo, pero en los siglos XV y XVI se le relacionó con la picadura de una araña llamada tarántula o *taranta*

corea rítmica, y las posesiones demoniacas que invadieron los conventos de Alemania de 1530 a 1560 ofrecen tal cortejo sintomático que no precisan comentarios.

Francia tampoco se libró, y, de toda esa profusión de epidemias de histero-demonopatías que hicieron a tantos desdichados subir al patíbulo de la Inquisición, señalaremos entre las más conocidas la posesión de Nicole Obry (1565) y la de las Ursulinas de Aix, que hizo perecer en la hoguera al infortunado Gauffridi el 30 de abril de 1611.

Fig. 6.– *Danzantes de san Guy*, conducidos en peregrinación a la iglesia de san Willibrod, en Epternach, cerca de Luxemburgo, según un dibujo de P. Breughel. Galería del archiduque Alberto, Viena. [Copiado por Paul Richer].

Finalmente, destacaremos entre todas la de las Ursulinas de Loudun, que terminó con el tormento de Urban Grandier (1634). El manuscrito de la superiora, sor Juana de los Ángeles, contiene el historial más completo que se pueda imaginar de la histeria y todas sus formas[33].

No iremos más allá en la exposición de esas posesiones demoniacas que sus contemporáneos, con excepción de Jean Wier[34], médico del duque de Cléves, no supieron o no

(nombre probablemente tomado de la ciudad de Tarento). Según la leyenda popular, la picadura de la tarántula era mortal, y su único remedio sería iniciar rápidamente una danza purificadora cuyos violentos movimientos imitasen los presuntamente producidos por el veneno. De tales bailes se esperaba la curación, bien por magia simpática, bien porque el calor generado por el ejercicio muscular provocaría el sudor y mediante él la eliminación del veneno. Las *tarantellas* del folklore italiano proceden de esa raíz.

33. [N. de G. T.] Soeur JEANNE DES ANGES: *Autobiographie d'une hystérique possédée, d'après le manuscrit inédit de la bibliothèque de Tours; annoté et publié par les Drs. Legué et Gilles de la Tourette; préface de M. le professeur Charcot*, in-8º de 321 p. Paris, 1886, édit. Bourneville. [En castellano puede verse: JUANA DE LOS ÁNGELES, *Autobiografía*, Madrid, AEN, 2001].

34. Jean WIER (1515-1588), también Weyer, Weier o Weiher. Natural de Brabante (Bélgica), estudió filosofía y teología en Alemania con Cornelius Agrippa, y después medicina en París. Ejerció en diversas ciudades francesas y viajó por los países árabes de la costa mediterránea. Desde 1556, médico jefe de

Fig. 6 bis.

quisieron comprender. Este trabajo de exégesis sólo se ha hecho en nuestros días, y ha sido fértil en enseñanzas de todas clases.

*
* *

Con el Renacimiento, tan rico en documentos artísticos de primer orden (fig. 7), la histeria recupera su hueco en los escritos médicos, y Ambroise Paré[35] (siglo XVI) dedica a la *sofocación* [o *asfixia*] *de matriz* páginas muy interesantes que pudimos utilizar en una descripción que hicimos de los *ataques de sueño histérico* (1888)[36]. La matriz sigue

---

la corte del Duque de Cléves. Descriptor del escorbuto, sus inclinaciones humanísticas le convirtieron en el primer defensor de las mujeres, oponiéndose a la Inquisición con una obra, *De las imposturas y engaños del demonio* (1564), en la que achacaba a la enfermedad de la melancolía las presuntas posesiones diabólicas de las jovencitas, y solicitaba su perdón. Fue él mismo acusado por la Iglesia de brujería, y sólo se libró por la protección del duque Guillermo.

35. Ambroise PARÉ (1510-1590). Cirujano auxiliar del hospital Hôtel-Dieu, en París, y luego cirujano de cámara de Enrique II, Francisco II, Carlos IX, Enrique III y Enrique IV. En 1545 causó sensación cuando aconsejó que se dejara de tratar las heridas de bala con aceite hirviendo. Escribió sobre diversos temas médicos, siendo su obra más famosa la *Anatomie universelle du corps humain*. Se le atribuye un aforismo que condensa la modesta actitud de un médico prudente: «Yo le hice la cura, Dios le sanó».

36. GILLES DE LA TOURETTE, E.: «Des attaques de sommeil hystérique», *Archives de Neurologie*, 1888, nº 43-44. Ver también: GILLES DE LA TOURETTE, E.; CATHELINEAU, H.: «Considérations sur la courbe des excrétions dans l'attaque de sommeil hystérique», en VV.AA.: *Nouvelle iconographie de la Salpétrière [Tome 2]: clinique des maladies du système nerveux (publiée sous la direction du professeur Charcot)*, París, Lecrosnier et Babé, 1889, pp.290-304.

siendo la sede del mal, pero el respeto hacia los clásicos es algo tan pasado de moda que Fernel[37] (siglo XVI) se permitirá reprochar a Galeno haber dicho que el útero no se desplazaba para producir el ataque histérico.

En esa misma época tan escolástica, Gerónimo Mercuriale, Baillou y Forestus especulan a más y mejor. Este último, partidario absoluto de la teoría de Galeno sobre la retención de «fluido seminal» femenino como causa de la histeria, se hizo célebre por el exagerado apasionamiento que ponía al defender los beneficios del masaje vulvar durante el ataque.

El siglo XVII, en su aurora y en su crepúsculo, produjo dos figuras cuyos trabajos siguen hoy produciendo admiración por los elevados puntos de vista que contienen.

En 1618, un médico francés, Charles Lepois (Carolus Piso), de Pont-à-Mousson, hacía en pocas páginas un estudio de la histeria cuyo valor ha sido realzado por los trabajos más actuales[38].

Plantea como punto de partida la siguiente opinión, verdaderamente revolucionaria para la época: «*Hysterica symptomata vulgo dicta, omnia feré viris cum mulieribus communia sunt*»[39].

Fig. 7.– San Felipe Benizi liberando a un poseso .– Grupo en un fresco de Andrea del Sarto, en el claustro de la Annunziata, en Florencia [Dibujo de Paul Richer .– En el pie del texto original hay un error: dice que el taumaturgo es san Felipe Neri]

37. Jean FERNEL (1497-1558), médico y matemático francés. Nombrado primer médico de cámara de Enrique II, se señaló por muchos descubrimientos científicos y corrigió varios errores de Galeno y de Aristóteles en cuestiones médicas. Su principal obra es un *Tratado de patología*, y además escribió *Medicina universal, Terapéutica universal, Monalos pharium, Cosmotheoria* y otras.

38. [N. de G. T.] *Caroli Pisonis selectionum observationum et consiliorum de praetervisis hactenus morbis, effectibusque praeter naturam ab aquâ seu serosa coluvie et diluvie ortis, liber singularis*, Ponte ad Monticulum, in-4º, 1618. Este libro tuvo gran número de ediciones, incluída una debida a Boerhaave. Hemos utilizado la de Leyde (Lugduni Batavorum), in-12º, 1650.

39. «Lo que se conoce como síntomas histéricos, son todos comunes tanto a hombres como a mujeres».

Fig. 7 bis.

Rompe con el pasado, pero evitando entrar en contradicción con tanto autor ilustre; y, sin falsa modestia, sigue la voz de la experiencia y también la del razonamiento.

Con él, el útero queda destituido; su papel se acabó, son los nervios quienes dominan la escena, como demuestran los hechos y la reflexión.

«*Quoniam igitur, in hysterica suffocatione, totum comveltur et rigescit corpus, principium sané nervorum patiatur necesse est*»[40].

Hasta entonces, con Galeno, se responsabilizaba a la retención de la sangre menstrual de producir la histeria. ¿Pero qué decir entonces de esta *nobilissima virgo* afectada por una histeria tan tenaz que no puede respirar, y sin embargo sus reglas son perfectas? por si fuera poco, además de sus reglas tenía hemorroides que fluían *satis liberaliter*[41]. La retención de la sangre menstrual debe alinearse entre las leyendas, pues la histeria existe en niñas que aún no tienen la regla, en vírgenes que sí la tienen, y en mujeres que la tienen en demasía, hasta el punto de perder veinte libras[42] de sangre en cada ocasión, y, añade Lepois, «no digo nada de los machos».

Sin embargo, parece como que quisiera quedar bien con Hipócrates, a quien venera. Pero la retención del semen femenino ya es tan inadmisible como causa de la producción de la histeria como la retención del flujo menstrual. Ha visto muchas nenas (*puellulae*) histéricas de menos de doce años, las cuales no podían retener un licor seminal que antes de esa edad no se produce. ¡Se ha abusado mucho de ese famoso semen! «He visto, dice,

40. «Por lo tanto y resumiendo, como en la asfixia histérica el cuerpo entero es presa de convulsiones y contractura, es absolutamente lógico que comience mediante una alteración de los nervios».

41. «Con mucha generosidad».

42. Durante la Edad Media y el Renacimiento, la libra francesa oscilaba entre 320 y 400 gramos.

jóvenes histéricas que se casaban, concebían y seguían histéricas», y, además, «*eadem experiri accidentia vel in mediis virorum amplexibus*»[43].

De la producción de la histeria no hay que acusar al útero, al ventrículo ni a ninguna otra víscera, sino más bien a la cabeza; el cerebro está afectado, no por simpatía sino por idiopatía[44]. En cuanto al fenómeno primordial, consiste en la infiltración del cerebro por la *colluvies serosa*[45]o su acumulación ventricular.

Desde el punto de vista clínico, Charles Lepois conoce, lo hemos dicho ya, la histeria masculina y la infantil. Da una descripción bastante buena de los síntomas sensoriales premonitorios del ataque: atenuación de la agudeza visual y auditiva, pérdida de la voz, y reseña con claridad la sensación de opresión en las sienes. Quizá conciba el acceso como una variante de la migraña oftálmica. En cualquier caso, anota con mucha exactitud la salivación (varias libras) al final del acceso en el hombre y en la mujer. Conoce la parálisis de los miembros superiores e inferiores. Finalmente, tampoco le es desconocido el temblor histérico, al menos como fenómeno precursor de la parálisis (p. 190):

«*Sed et annotavi, hoc anno, in altera ingenua vicina nostra de qua antè, quae, à secundo paroxismo, tremorem brachiorum insigne passa est, tertio tandem in paralysim eorumdem incidit*»[46].

Quizá aproxima demasiado la histeria a la epilepsia, lo que demuestra sin duda que vio casos de histeroepilepsia, sea cual sea la interpretación que demos a ese término.

Las ideas de Charles Lepois tuvieron mucho eco; como era de esperar, levantaron ardientes controversias y fueron el origen del apasionado debate que, a finales del siglo XVII, sostuvieron Willis[47], partidario del origen nervioso de la histeria, y Higmore, que aún creía en su asiento visceral aunque ya no consideraba que el útero fuese siempre el agente causal exclusivo. Pero la opinión del médico de Pont-à-Mousson acabaría siendo consagrada por las observaciones del gran Sydenham, cuya carta a Guillaume Cole (1681) es lo mejor y más completo que los siglos precedentes al nuestro nos han dejado acerca de la histeria[48].

---

43. «Las mismas características se dan en todos los varones afectados».

44. Es decir, por una alteración propia de ese órgano, y no porque otro elemento del cuerpo influya en él secundariamente.

45. *Colluvies serosa*: serosidad, exudado linfático.

46. «Asímismo, observé ese año en otra vecina nuestra de buena familia, que después de un segundo paroxismo presentó un llamativo temblor en los brazos, que terminó convirtiéndose en una parálisis cuando sufrió un tercer paroxismo».

47. Thomas WILLIS (1622?-1675), médico inglés. Catedrático de Física en Oxford, ejerció como médico en esa ciudad y en Londres, adonde atrajo a una numerosa clientela. Se le deben grandes trabajos en anatomía cerebral y patología nerviosa, pero abordó problemas de índole psiquiátrica en dos de sus obras, *Patholgia cerebri et nervosi generis specimen* (1667) y *Affectionum quae dicuntur hystericae et hypocondriacae* (1670), donde se muestra partidario del origen cerebral de la histeria y de la existencia de histeria en el varón.

48. [N. de G. T.] *Médecine pratique de Sydenham*, trad. de Jault, 1799, p. 473 y ss.

Para Sydenham, la enfermedad histérica es muy frecuente; afecta a un gran número de mujeres, librándose sólo aquellas que llevan una vida dura y laboriosa. Como ataca igualmente a los hombres, en especial a los que se tilda usualmente de hipocondriacos, está claro que su origen no podría estar en la matriz. Dos siglos después, el Dr. Charcot, estudiando el estado mental de los histéricos varones, demostrará cuán semejante es al que se atribuía a la hipocondría.

La histeria «imita a casi todas las enfermedades que le ocurren al género humano; pues en cualquier parte del cuerpo a la que afecte, produce enseguida los síntomas que son propios a dicha parte. Y si el médico no tiene mucha sagacidad y experiencia, se engañará fácilmente y atribuirá a una enfermedad esencial y propia de tal o cual órgano unos síntomas que dependen únicamente de la afección histérica».

Por eso algunos de sus ataques se parecen a los de la apoplejía; por eso sus convulsiones pueden simular las de la epilepsia. A continuación, Sydenham estudia con igual acierto el clavo histérico[49], la tos, los vómitos, el edema[50], la odontalgia, la raquialgia, etc. Habría que citar el artículo entero, ya que a diario se nos hace más y más comprensible a la luz de los descubrimientos más recientes.

En cuanto a la causa, «proviene del desorden o movimiento irregular de los espíritus animales[51], los cuales, trasladándose impetuosamente y en gran cantidad sobre tal o cual parte del cuerpo, causan en ella espasmos o incluso el dolor si el órgano en cuestión está dotado de sensibilidad fina, y así alteran las funciones de los órganos, tanto de los que abandonan como de aquellos a los que se trasladan», etc.

Estamos más de acuerdo, claro, con sus descripciones clínicas que con su elaboración teórica, la cual, pese a todo, atribuye el origen de la histeria a los centros nerviosos. En cuanto al tratamiento, consiste sobre todo en fortificar la sangre; a este respecto, nunca se aconsejarán lo bastante los marciales[52].

* * *

49. Dolor de cabeza agudo, intenso y circunscrito, que los pacientes histéricos suelen describir como si se les estuviese clavando algo en el cráneo.

50. El edema histérico (comúnmente llamado «edema azul» o «edema azul de Charcot» aparece muy a menudo en personas histéricas como consecuencia de la torsión forzada de algún miembro o de la autoaplicación de bandas elásticas, cintas, vendas, etc., a modo de torniquete. Es de coloración violácea, duro y frío, y de evolución caprichosa. Hoy se le considera una variante del síndrome de Münchausen.

51. Las escuelas «neumáticas» post-galenistas sostenían que en la base del cráneo había una red de arterias, *rete mirabile*, que transformaba los 'espíritus vitales' (*pneuma vital*) en 'espíritus animales' (*pneuma psíquico*); estos últimos, filtrados por la glándula pineal, a partir del cerebro se distribuían por los nervios (tubos huecos), confiriendo movilidad y sensibilidad a las distintas partes del cuerpo.

52. Es decir, los medicamentos que aportaban hierro.

Es lamentable comprobar que la admirable obra de Sydenham fue totalmente ignorada por sus contemporáneos, y podemos añadir que tuvo que llegar el año 1859 para, gracias a Briquet[53], verla apreciada en su justo valor. Como un relámpago genial, Sydenham iluminó tantas y tan singulares cosas, y tan profundamente revolucionarias, que fue casi totalmente incomprendido.

Asimismo, con la excepción de algunas inteligencias de élite pero que no alcanzaron jamás los altos vuelos del médico inglés, *los autores del siglo XVIII* y de la *primera mitad del XIX* se perderán en discusiones estériles y obsoletas que serán desastrosas para la evolución científica de la histeria.

Sydenham tuvo el gran sentido clínico de no trazar, de un modo que para ser absoluto hubiese tenido que ser arbitrario, los límites que separaban la histeria de la hipocondría, en la cual incluía a la histeria masculina. También Stahl (1724) hizo una descripción del «*malum hysterico-hypocondriacum*», pero acompañada de tales explicaciones que, aun intentando ser fisiológicas, no tardan en volver a sacar a la superficie las antiguas ideas que uno ya creería olvidadas para siempre.

Y así Hoffmann, desde 1730, retoma con más fuerza que nunca lo de la retención del licor espermático femenino y demás opiniones de la misma calaña.

«Leyendo a Hoffmann, dice Briquet[54], uno se pregunta cómo pudo ocurrir que cincuenta años después de Sydenham, que tenía sobre la histeria unas ideas tan claras, pueda uno toparse con un autor eminente capaz de omitir el camino de la observación directa para volver a caer en las viejas ideas de los tiempos antiguos. Sólo se puede encontrar la causa si se considera a Hoffmann un médico de consultorio que sólo veía enfermos en su práctica privada»[55].

No hay que olvidar, sin embargo, que Hoffmann comunica un caso de histeria masculina en un joven de dieciséis años, que Louyer-Villermay[56], el autor más nefasto del siglo XIX en lo tocante a la histeria, considerará un error diagnóstico.

La noción de histeria masculina tampoco se perdió del todo en otros autores, pues en 1758, Raulin, que merece ser consultado por otras varias razones, hablaba de ella en estos términos: «Si los médicos que piensan que la histeria viene del útero viviesen entre

53. Pierre BRIQUET (1796-1881). Ver resumen biográfico en este mismo volumen, pág. 41.

54. [N. de G. T.] *Traité clinique et thérapeutique de l'hystérie*, 1859, p. 579.

55. Observación bastante anacrónica, pues en 1730 no había dispositivos asistenciales públicos propiamente dichos.

56. Jean-Baptiste LOUYER-VILLERMAY (1775-1837), médico francés. Hijo de un abogado de Rennes, antes de acabar sus estudios de medicina fue nombrado jefe de cirugía en el Hospital Militar de su ciudad natal, pero terminó encarcelado por no haber evitado la fuga de algunos soldados enemigos allí hospitalizados. Se marchó a París y fue alumno de Pinel. Escribió un tratado sobre la histeria y la hipocondria en dos volúmenes (1806). Desde 1821 fue miembro de la Academia de Medicina, que presidió en 1836. De carácter frágil y nervioso, falleció a causa de lo que hoy sería llamado un accidente cerebrovascular agudo.

nosotros, se sorprenderían de ver, como vemos nosotros a diario, hombres vaporosos[57] que tienen una sensación de bolo[58] semejante a la que las mujeres histéricas tienen en el bajo vientre».

Robert Whytt[59], quien, como Sydenham, acerca la hipocondría del hombre a la histeria de la mujer, considera igualmente a la neurosis una enfermedad generalizada. «Se debe destacar, dice (p. 393), que en las mujeres, los síntomas que habitualmente se denominan histéricos son con mucha menor frecuencia efecto de un estado enfermizo de la matriz que de otras anomalías que tienen asiento en cualquiera de las partes del resto del cuerpo. En efecto, ¿no suelen las jóvenes estar exentas de enfermedades de ese género y sin embargo presentan síntomas histéricos?; ¿acaso no vemos mujeres casadas e incluso mujeres que gozan de muy buena salud durante sus embarazos y paren con facilidad, que son muchas veces atormentadas por enfermedades histéricas? Añadamos que las mujeres que reglan perfectamente, y cuya matriz está sana y no les causa la menor incomodidad, no siempre se ven libres de males histéricos; y a la inversa, los tumores escirrosos[60] y otras enfermedades de las mamas que causan mucho sufrimiento, a menudo no tienen nada que ver con las enfermedades histéricas o al menos no experimentan sus efectos más molestos. Finalmente, en disecciones *post mortem* de mujeres que han sufrido mucho tiempo y con gran intensidad los males de la histeria, se ha encontrado habitualmente la matriz en estado sano».

Sauvages[61], en 1760, se dedica más a clasificar la histeria que a describir con exactitud sus síntomas. A ese respecto casi no se muestra más clínico que Astruc[62] (1761). Sin

57. Desde principios del siglo XVII, la palabra *vapeurs* (vapores) designaba un conjunto de alteraciones del comportamiento y los afectos que se creyeron relacionadas con que los humores constituyentes del organismo exhalarían vapores, los cuales serían conducidos por los nervios hasta los ventrículos del cerebro, afectándole por acumulación excesiva.

58. Bolo histérico: sensación de ocupación, presión o pesadez abdominal, que con frecuencia se desplaza arriba y abajo por el abdomen e incluso por la región retroesternal.

59. [N. de G. T.] *Les vapeurs et les maladies nerveuses, hypocondriaques ou hystériques*, t. 1, 1767. Trad. Ledégue de Presle.

60. La mama se consideraba como una parte integrante de los órganos matrices. Los tumores escirros o escirrosos son carcinomas duros que pueden surgir en cualquier glándula, generalmente la mama o el estómago. El tumor escirro de la mama es un carcinoma muy invasivo que se origina por proliferación de la pared epitelial del conducto galactóforo; la forma más frecuente es aquella en la que el colágeno peritumoral prolifera dando origen a un tumor duro y doloroso. Hasta el siglo XVIII se mantuvo la separación entre escirro y cáncer de mama (doctrina de Galeno).

61. François BOISSIER DE LA CROIX DE SAUVAGES (1706-1767), médico francés. Doctor por Montpellier a los veinte años de edad con una tesis titulada *¿Y si el amor pudiese ser curado con remedios extraídos de las plantas?*. Autor de una extensa nosografía taxonómica de los trastornos mentales según criterios botanistas y sydenhamianos —tres tomos abarca su clasificación—, y descriptor de la parafronisis, delirio pasajero y a menudo febril, frecuente en los amigos de Baco que se ven bruscamente *a potu suspenso*. Cuarenta y seis años después, Thomas SUTTON sustituiría la helénica parafronisis por el conocido latinajo *delirium tremens*.

62. Jean ASTRUC (1684-1776), médico francés. Se doctoró en Montpellier, donde ejerció la enseñanza de la medicina. También dictó la asignatura de anatomía en Toulouse. Desde 1730, médico del Rey en

embargo, es afortunadamente más sobrio en sus juicios que éste último, cuyas opiniones sobre el tema son tan aburridas como inexactas.

La obra de Pomme[63] *Tratado de las afecciones vaporosas de los dos sexos* (diversas ediciones entre 1760 y 1782), tuvo gran repercusión y es mucho más importante que las precedentes. Este autor vio muchos enfermos y proporciona un buen número de historiales clínicos interesantísimos, entre los cuales destacamos un caso argumentadamente cualificado como *hemoptisis histérica* (t. I, p. 190). Se ocupa especialmente del tratamiento mediante agua fría y los baños prolongados, y prescribe un régimen dietético balsámico[64] conforme a su teoría de «la cornificación y desecamiento de los nervios», la cual desarrolla hasta conclusiones que hoy han quedado obsoletas. Se hallan también en su obra algunas consideraciones interesantes sobre el empleo de la *electricidad*, que acababa de hacer su aparición en el terreno médico (t. I, p. 257).

*
* *

Nos hemos apresurado para llegar ahora a los autores de principios del siglo actual, el primero de los cuales, cronológicamente hablando, Louyer-Villermay[65], escribió en 1816 un *Tratado* que ejerció la más nefasta influencia.

Combate encarnizadamente la histeria masculina; los casos de Willis y de Hoffmann son errores diagnósticos y deben ser incluidos en la hipocondría (p. 4). Se extraña de que la opinión de Lepois, de Willis, de Sydenham y de Boerhaave[66] sobre ese tema se haya

---

París. Partícipe de la teoría de los vapores y la simpatía nerviosa entre territorios, escribió un *Tratado de las enfermedades de las mujeres* en 1761. Fue más un polígrafo que un auténtico clínico de las enfermedades femeninas.

63. [N. de G. T.] *Traité des affections vaporeuses des deux sexes*, 2 vols. in-8º, 6ª ed., año VII. [Es decir, séptimo año del calendario de la República, que se correspondió en el gregoriano con el periodo comprendido entre el 23 de septiembre de 1801 y el 22 de septiembre de 1802. // Pierre POMME (1728-1814). Doctorado en Montpellier, ejerció en París como médico de varias grandes damas (Madame du Deffand, Madame de Boufflers) e incluso como médico consultor del Rey. Como no convalidó su título de Montpellier, los médicos parisinos intrigaron inicialmente contra él. Voltaire, gran hipocondríaco, fue su protector, y en la entrada 'demoníaco' de su *Diccionario filosófico* le atribuye «más curas que los milagros que hicieron los sacerdotes de Isis, de Diana o cualesquiera otros todos juntos». Finalmente se volvió a su Arles natal, donde terminó sus días].

64. Es decir, capaz de conservar la humedad de los tejidos orgánicos para disminuir las irritaciones y las degeneraciones esclerosas (cornificaciones).

65. [N. de G. T.] *Traité des maladies nerveuses ou vapeurs et particulièrement de l'hystérie et l'hypocondrie*, 2 vols. in-8ª, 1816. este tratado es la ampliación de su tesina de licenciatura, París, año X (1802).

66. Hermann BOERHAAVE (1668-1738), médico holandés. Profesor en la Facultad de Leyden, ocupó varias cátedras. Intentó conciliar los conocimientos médicos de la Antigüedad con los nuevos descubrimientos y conocimientos, desde Hipócrates y Vesalio hasta los autores más modernos, para conformar una doctrina médica más comprensible y actualizada. Subrayó la importancia del estudio de la historia

colocado por encima de la autoridad de Hipócrates y Galeno. «Las causas más frecuentes de la histeria son la privación de los placeres del amor, los pesares relativos a dicha pasión y los desarreglos menstruales» (t. I, p. 118).

«Este tratado, dice Briquet (p. 587), debería estar fechado en 1500 mejor que en 1816. En efecto, ¿qué pensar de un autor que, en pleno siglo XIX, admite la existencia del esperma femenino, y eso que reconoce que no hay órganos en las mujeres que puedan producir la secreción de tal licor; que admite un temperamento uterino, una plétora espermática; que retorna a las peregrinaciones del útero y que dedica toda su obra a hacer de la histeria una enfermedad lúbrica, una afección vergonzosa, y a presentar a las histéricas como objetos de la repugnancia o de la conmiseración? Louyer-Villermay no hace de esta neurosis otra cosa que un retrato fantástico de esa clase social que actualmente se denomina el *demi-monde*,[67] y no se encuentra en su obra ninguna idea válida, ningún dato de observación fiable y ninguna buena norma terapéutica».

Las huecas disertaciones de Louyer-Villermay no tardarían en ser juzgadas en su justo precio por Georget[68], «antiguo interno de primera clase de la División de Alienados del Hospicio de La Salpêtrière». Encargado de dicho servicio que tan fructífero sería para la historia de la histeria, Georget no había perdido el tiempo teorizando. Era un observador de primer orden y sólo se atenía a los hechos; además, no era proclive a revestir con fórmulas académicas las opiniones que los hechos le inspiraban[69].

«La idea de situar el origen de los fenómenos presuntamente histéricos en el útero, dice (t. II, p. 239), me parece tan absurda y tan ridícula que no me molestaría para nada en combatirla si no hubiese sido tenida por cierta por todos los autores modernos que han escrito sobre la histeria. Me contentaré con una sencilla exposición de los hechos como mejor antídoto contra el error»

---

natural, la anatomía, la fisiología, la patología, y la terapéutica, siguiendo un cuerpo sistemático de conocimientos y actividades para explicar fenómenos como la fiebre, los desórdenes del sistema nervioso, etc. Sus aportaciones se recogen fundamentalmente en dos textos no demasiado extensos: las *Institutiones medicae* y los *Aphorismi*. En sus descripciones patográficas anticipó la estructura de la historia clínica vigente hasta nuestro siglo.

67. Expresión procedente de *Demi-monde*, [*Medio mundo*], título de una comedia que Alejandro DUMAS hijo publicó en 1855. La expresión designó inicialmente a las mujeres dedicadas a la prostitución y a sus clientes, pero fue quedando limitada a las amantes mantenidas por los ricos de París. A partir del Segundo Imperio ese grupo social empezó a intervenir con cierto eco en los periódicos, el teatro y los cenáculos de la noche parisina. Tras un apogeo en torno a 1900, su voz desapareció de la vida pública durante la Primera Guerra Mundial.

68. Étienne GEORGET (1795-1828), brillante médico interno de Esquirol en La Salpêtrière, autor de una Disertación sobre las causas de la locura que fue su tesis de grado y que después amplió (*De la folie. Considérations sur les causes de la folie et de leur mode d´action, suivies de recherches sur la nature et le siège spécial de cette maladie*, París, Crevot, 1920), recogiendo las posiciones de los alienistas del primer cuarto del siglo XIX. En 1824 publicó *De l´hypocondrie et de l´hystérie*, París, Impr. Rignoux.

69. [N. de G. T.] *De la physiologie du système nerveux et spécialement du cerveau.— Recherches sur les maladies nerveuses*, París, 2 vols. in-8º, 1821.

Tras una revisión histórica rápida, llega a la obra «del doctor Louyer-Villermay, médico distinguido y miembro de la Real Academia de Medicina. La primera vez que leí esta obra, dice, me preguntaba yo si este médico había visto algún caso de la enfermedad que quería dar a conocer, si no lo habría observado con demasiada ligereza, o bien, en fin, si es que situaba las funciones del cerebro, la sede del pensamiento y de los movimientos voluntarios, en el útero. Después, mis reflexiones me hicieron pensar que el señor Louyer-Villermay, quizá queriendo distinguirse de los autores que más inmediatamente le habían precedido, los célebres Pomme y Whytt, Raulin y Sydenham, etc., que habían abandonado el error hipocrático, creyó sin duda que más valía andar solo lejos del sendero de la verdad que acercarse a ésta en compañía de los demás».

Y no es una cicatería doctrinal lo que emplea para desautorizar a su adversario. Habiendo vivido en contacto con muchos histéricos en su servicio de La Salpêtrière, enriquece sus argumentaciones con ejemplos clínicos de primera importancia.

El señor Louyer-Villermay, añade, niega la histeria del varón. ¿Pero por qué dice que los varones pueden verse afectados por «movimientos convulsivos *muy análogos* a los que *caracterizan* a la histeria»? Y además, ¿no se muestra de acuerdo en que el bolo histérico se da tanto en el hombre como en la mujer?

Más adelante, Georget traza una buena descripción clínica del ataque histérico, y es el primero en describir como característica el *état second* o sonambulismo histérico. «En el *delirium*[70] siguiente, dice (t. I, p. 273), la enferma se acordaba de todo lo que había dicho en el precedente».

Los fundamentos de su diagnóstico diferencial entre histeria y epilepsia merecen ser reseñados; aún están vigentes en el viejo hospicio donde los observó. «Los enfermos y los cuidadores de La Salpêtrière, dice (p. 393), conceden sobre todo mucha importancia a las tres siguientes características de la epilepsia: la falta de síntomas precursores, la pérdida completa del conocimiento, y las distorsiones de la boca y de los ojos. Dicen de una presunta histérica que se convierte en epiléptica cuando empieza *a reír hacia un solo lado y a volver los ojos*. Esos son, efectivamente, las tres principales circunstancias diferenciales de esas dos enfermedades.

A Georget no le faltaron casos de histeroepilepsia en La Salpêtrière, lo que le hizo afirmar que a veces la epilepsia no era sino un grado más avanzado de la histeria; no más errado que Louyer-Villermay cuando hablaba de la *histeria epileptiforme*, tampoco llegó a percibir los rasgos que a la vez acercan y diferencian las dos neurosis. Como pronto veremos, estaba reservado al doctor Charcot aportar plena luz a este litigio que ningún autor antes que él había sabido resolver.

Así como sus doctrinas están acuñadas mediante la observación clínica más correcta, la terapéutica de Georget es eminentemente práctica. Prescribe ejercicios musculares, pero sin llegar a la fatiga; buena alimentación, evitar los fenómenos de excitación cerebral;

70. 'Délire' en el original. Traducimos como *delirium* para enfatizar que se trata de un estado confusional aunque de causa psíquica, pero no un delirio en tanto que construcción delirante. Volveremos a insistir sobre este particular al comentar, a pie de página, un pasaje del texto de Emil Kraepelin.

tonificar con ayuda de baños fríos en verano, levemente tibios en invierno. Más adelante describe los procedimientos de contención de los ataques, aún actualmente en uso en La Salpêtrière.

Pero, sobre todo, hay que guardarse de cualquier exageración en el tratamiento. «¿Pero qué hacer, pues?, me preguntarán ustedes, hay que recetar algo...— ¡Ah! Ya entiendo, quieren ustedes emplear medios morales bajo la forma de medicamentos. Entonces, hagan como el célebre Tronchin[71]: receten píldoras de miga de pan y de otras sustancias igualmente energéticas; háganles beber agua y otras tisanas de virtudes semejantes. Pero no se les ocurra estimular la enfermedad ni incendiar el estómago o el cerebro de sus pacientes por el placer o la necesidad de extender recetas».

* * *

Tras la opinión tan sensata y tan claramente expresada de Georget, habría cabido esperar que el estudio de la histeria, retomando el camino trazado por Charles Lepois y Sydenham, llegase por fin a evolucionar hasta su fase experimental. Pues no fue así: la histeria se convirtió en tema de concursos académicos que favorecían las recopilaciones de casos extravagantes y las producciones apresuradas, y además Louyer-Villermay, a la vez juez y parte como representante de la ciencia oficial, no moriría hasta 1838.

Abrió la liza la Sociedad de Medicina de Burdeos, sometiendo a concurso la siguiente cuestión: «*Examinar comparativamente las diversas opiniones emitidas sobre la naturaleza, asiento, etiología, sintomatología, pronóstico y terapéutica de la hipocondría y de la histeria, y resaltar la identidad o las diferencias de esas dos enfermedades*».

Quizá sorprenda ver a la hipocondría y la histeria aliarse —o mejor dicho, abrazarse— la una a la otra en las discusiones científicas o en las preguntas de los concursos profesionales. En el fondo es siempre la vieja cuestión de la histeria masculina la que se mantiene como la brasa bajo la ceniza, y trabaja inconscientemente sobre la mente de los jurados y los concursantes. Es esa cuestión que, en 1838, Hufeland[72] zanjará con estos términos, probablemente creyendo imposible decir una verdad mayor: «La hipocondría y la histeria

71. Théodore TRONCHIN (Ginebra, 1709 - Paris, 1781), médico suizo, hijo de un importante banquero lionés afincado en Ginebra. Estudió en Cambridge y en Leyden, siendo alumno favorito de BOERHAAVE. Amigo de JAUCOURT, promotor de la *Enciclopedia*, escribió en ella artículos médicos. Ayudado por sus excelentes modales y su brillante conversación, tuvo una buena clentela entre la clase alta parisina, lo que le permitió atender gratuitamente a los pobres pero le granjeó las críticas de los médicos locales, quienes trataron de criticar sus prescripciones naturales (agua en vez de vino, moderación en la dieta —«Los glotones tienen sus días contados», decía—, ejercicio físico). Se mostró contrario a las sangrías, a los purgantes y a la mayoría de los medicamentos de su época. Empleó píldoras de miga de pan como placebo para tratar a diversos pacientes que demandaban medicamentos a toda costa.

72. [N. de G. T.] *Enchiridion medicum*, p. 214, 1838.

no difieren esencialmente la una de la otra; sólo hay entre ellas una diferencia sexual. La hipocondría es la forma clínica con que la enfermedad se reviste en los varones, y la histeria aquella bajo la cual la encontramos en las mujeres».

Ganó el premio Dubois (d'Amiens)[73]. Su memoria, publicada en 1833 como *Tratado filosófico de la hipocondría y la histeria*, no es, resumiendo, más que una buena compilación[74]. La neurosis [histérica] es exclusiva de la mujer, «*hysteria solis feminis propria est*»; ocurre durante el periodo uterino de la vida, «*urget intra pubertatem et menstruorum cessationem*». A pesar de esto, Dubois da muestra de un cierto eclecticismo en cuanto al punto de vista del asiento causal, aunque luego se inclina incontestablemente hacia la teoría uterina. Incluye también una extensa —y a ratos imparcial— exposición histórica de la histeria y la hipocondría, a la cual todos los autores que le precedieron hacen numerosas aportaciones.

También a otro concurso se deben dos *Tratados sobre la histeria* que aparecieron en 1846 y 1847. En 1845 la Academia de Medicina había propuesto la cuestión de la histeria para el premio Civrieux y recompensó *ex æquo* a Brachet[75], de Lyon, y a Landouzy[76], de Reims. Las dos obras eran sin embargo de muy distinto porte, con cualidades y defectos personales muy acentuados.

Brachet, previamente autor de un *Tratado sobre la hipocondría*, aborda la cuestión como un escritor que no teme repetir lo ya dicho por otros. La histeria es una enfermedad general cuyo origen nervioso le parece indiscutible; partidario de que se da también en el varón, muestra cuál era en su época el estado de la ciencia acerca de ese tema tan controvertido. «Esta cuestión, dice (p. 194), permanecía oscilante entre los partidarios de la neurosis general y los de una neurosis especial del útero, cuando llegó Georget y declaró, con todo aplomo y convicción, que la histeria tenía su sede en el cerebro y no en el útero, y que los hombres estaban tan expuestos a ella como las mujeres. Algún tiempo después, el señor Trolliet, distinguido médico de Lyon que hoy goza en Argel de una reputación

73. Fréderic DUBOIS, conocido como DUBOIS DE AMIENS (1799-1873). Desde 1830 se interesó por la histeria y la hipocondria, pero no dejó obras importantes pese a ser premiado. Secretario perpetuo de la Academia de Medicina de París, destacó por los elogios necrológicos que iba escribiendo al fallecimiento de sus colegas, en un estilo que fue calificado a veces como de «osado hasta la temeridad».

74. Hay un doble sentido intraducible: en francés, *compilation* es tanto 'recopilación de documentos' como 'plagio', 'obra hecha de préstamos de otros autores carente de originalidad'. La ironía de tildarlo de *compilation* queda más patente líneas después, al hablar de la exposición histórica.

75. Jean-Louis BRACHET (1789-1858). Autor de un *Tratado completo sobre la hipocondria* (*Traité complet de l'hypochondrie*, París, Baillière, 1844), y de otro un poco menos voluminoso dedicado a la histeria (*Traité de l'hystérie*, París, Baillière, 1847). Organicista a ultranza y carente de toda originalidad incluso en el contexto de su época, consideró la histeria como una «neurospasmia cerebral», afección convulsiva típicamente femenina en la cual el nervio neumogástrico, irritado por diversos órganos y sobre todo por el útero, desempeñaba un papel determinante.

76. Marc Hector LANDOUZY (1812-1864), médico francés. Establecido en Reims en 1840, fue allí director de la Escuela Preparatoria de Medicina desde su fundación en 1853. Autor de varias monografías, publicó un *Traité complet de l'hystérie* (París, J.-B. et G. Baillière, 1846).

justamente merecida, llegó también a demostrar que la enfermedad era común a los dos sexos, estudiando los casos de su práctica privada y los que atendió en hospitales. Más tarde, el señor Brachet, de la misma ciudad, observando también casos de ambos campos, llegó a las mismas consecuencias, pero reconociendo la mucho mayor frecuencia de la enfermedad en la mujer. Gardien dice haber encontrado en el año IX[77] todos los signos de la histeria en un agricultor. Brachet ha recogido un hecho muy notable, publicado por Voisin en su importante obra sobre las enfermedades mentales[78]. Casimir Broussais ha citado el caso de un soldado que, enfermo de gastroenteritis, sentía algo así como una bola que partía del abdomen y subía hasta lo alto del pecho. El volumen nonagésimo quinto del *Journal géneral de médecine* contiene una observación similar publicada por el doctor Hellis acerca de un joven. El Dr. Cerise dice también sumar su opinión a la de tantos otros y la apoya en un caso de histeria que estudió en un varón. Los doctores Mahot, Alègre, Ollivier, d'Angers, Billod, Seip, Pinel, Fabre y Muller también han recogido datos muy bien detallados.

«Permítasenos añadir a estos hechos y opiniones una tradición popular muy extendida entre el campesinado; creen que el hombre está sujeto a la histeria lo mismo que la mujer, pero como la denominación de *mal de madre* es la consagrada a para designar la histeria femenina, le han dado el nombre de *macle* cuando ataca a los varones. Para la gente del campo, el *macle* es lo que distingue al varón[79].

»Según otras opiniones autorizadas, también muy numerosas, resulta muy extraño que la cuestión esté aún sin resolver. Sin embargo, ese es el caso de algunos autores que pretenden que el origen de la histeria está en el útero y, por consiguiente, niegan su posibilidad en el varón, tachando los hechos observados de ilusorios o de simplemente histeriformes».

En cuanto a ese aspecto, su contrincante en el premio Civrieux, Landouzy (1846), se acerca mucho más a la opinión de Louyer-Villermay. Partidario de la teoría uterina, que defiende con vigor y talento indudables, apenas cree en la histeria masculina. Discutiendo uno a uno los casos clínicos publicados, llega a las siguientes conclusiones, que reseñamos sin compartirlas: «Esas casos son pues, es evidente, demasiado poco numerosos y, sobre todo, demasiado incompletos para conducir a ninguna conclusión rigurosa, y sería una temeridad pronunciarse sobre una de las cuestiones más delicadas de la ciencia con elementos tan incompletos».

---

77. 1803.

78. Probablemente se refiere a Félix-Auguste VOISIN (1794-1872), y a su obra *Des causes morales et physiques des maladies mentales et de quelques autres affections nerveuses, telles que l'hystérie, la ninphomanie et le satyriasis*, París, Balliére, 1826. No confundir con Auguste-Félix Voisin (1829-1898).

79. En francés vulgar, *macle* designa los órganos genitales del macho; y se emplea a su vez en heráldica para denominar un rombo con un orificio también romboidal en su centro. En algunas comarcas rurales, para hablar de ataques de histeria exclusivamente masculinos se usa asimismo *catoche*, arcaicismo que remite al término griego *κατοχος*, 'catalepsia', con el que Areteo nombraba a la histeria masculina (Cfr. Pierre PICHOT, «Historia de las ideas sobre la histeria», *Confrontaciones Psiquiátricas* (ed. española), 1981, 1, p. 11).

Y es bien cierto que la opinión pública estaba en esa época a favor de Landouzy y en contar de Brachet. Su tratado de la histeria tuvo rápidamente una segunda edición, al éxito de la cual, a decir verdad, no fue ajeno un talento muy personal para exponer sus argumentos.

* * *

¡Cuán lamentable resulta que estos autores tan eruditos, escritores distinguidos por demás, no tuviesen conocimiento de las *Lecciones sobre las afecciones nerviosas locales*[80] que Brodie[81], diez años antes, había publicado en Inglaterra! Las pocas páginas que dedica a la histeria bien valen como si ocupasen volúmenes enteros, y pese a ello todos sus coetáneos franceses parecen haberlas ignorado. Le estaba reservado al Dr. Charcot, si puedo hablar en estos términos, darlas a valer en nuestro país.

Brodie no sólo admite, con Sydenham, la histeria en el varón, sino que, hablando de su esencia a propósito de la coxalgia histérica, que describe magistralmente, formula una idea que merece, por su profundidad, ser considerada un aforismo: «*No son los músculos los que no obedecen a la voluntad, sino que es la voluntad en sí misma lo que no entra en juego*». Estudia con igual fortuna la retención urinaria, las neuralgias, la timpanitis, el seno histérico[82], y es el primero en formular la verdadera terapéutica de las contracturas y las parálisis, que consiste sobre todo en establecer un tratamiento inofensivo, ya que la mayoría de esas afecciones se curan por sí mismas bajo la influencia de una intensa impresión moral.

En Alemania, por el contrario, Romberg, Valentiner y Meyer, se muestran partidarios de la teoría uterina como punto de partida de la enfermedad. Sin embargo, hacen intervenir a los reflejos espinales en la interpretación de la mayoría de los fenómenos observados.

Pasaremos rápidamente, aun sintiéndolo mucho, sobre la *memoria* de Forget[83] (1847), quien hace de la histeria una afección del sistema nervioso, que ataca a ambos sexos y a

---

80. [N. de G. T.] *Lectures illustrative of certain local nervous affections*, Londres, [Longman,] 1837. Traducción francesa de D. Aigre, 1880, *Librairie du Progrès médical*.

81. Sir Benjamin BRODIE (1783-1862), médico inglés. Profesor de anatomía comparada y de fisiología en el Royal College de cirugía y en el hospital Saint George. Cirujano de Jorge IV, de Guillermo IV y de la reina Victoria. Se interesó por las alteraciones psíquicas y dejó dos obras notables sobre el tema: *Conferencias para ilustrar algunas afecciones nerviosas localizadas* (1837) y *Investigaciones psicológicas para ilustrar las relaciones mutuas que existen entre la organización física y las facultades mentales* (1854).

82. Hiperstesia dolorosa de los senos, que se produce al más mínimo roce y desencadena otros dolores (epigástricos, de cabeza, etc.), pudiendo llegar hasta el desmayo. Suele impedir las relaciones sexuales. a veces se han descrito casos acompañados de edema local de la mama.

83. [N. de G. T.] «Recherches cliniques sur les névroses. De l'hysterie», *Gaz. méd. de Paris*, 1847, y en separatas en octavo de cuarenta páginas. Este trabajo del profesor de nuestra antigua Facultad de Estrasburgo es de los más interesantes.

pobres y ricos en ausencia de toda lesión material o funcional de los órganos genitales; también sobre la opinión de Schutzemberger (1846), que responsabiliza a la inflamación del ovario, seguido en esto por Négrier (1858) y posteriormente por Chairou (1870). Dejando constancia de las investigaciones tan precisas de Duchenne, de Boulogne (1853), sobre los fenómenos eléctricos en las parálisis y contracturas histéricas, llegamos por fin al *Tratado* de Briquet, que merecería mucho más que un sencillo análisis.

P. Briquet, médico del Hospital de la Charité, puesto a la cabeza de un servicio «al que desde tiempo atrás se había establecido la costumbre de derivar a las enfermas histéricas», analizó los historiales, en número de cuatrocientos treinta, de las personas «que se presentaron en sus salas, fuesen lo que fuesen. Se registraron sus antecedentes, el estado actual y el resultado del tratamiento; las afirmaciones de los autores de los historiales relativas a los principales datos etiológicos fueron igualmente sometidas al control de este estudio; todo se llevó a cabo de modo que las cosas proviniesen de los hechos». En esas condiciones, Briquet creyó «haber tenido la ocasión de ver prácticamente casi todo lo que puede suceder en esa enfermedad» (Prefacio).

Esta última afirmación es ciertamente presuntuosa, pero no invalida que Briquet vio muchas cosas y que, a menudo, las vio estupendamente bien. Todo lo relativo a «las causas que predisponen a la histeria» lo trató con mano maestra, y cuando hablemos de etiología tendremos que tomar prestadas numerosas citas de los párrafos que dedicó a la influencia del sexo, de la edad, de la *herencia*, de la educación, del medio social, etc.

En un capítulo sobre la sede y la naturaleza de la histeria que pasará a la historia como modelo de erudición y buen juicio, es el primero en hacer manifiestamente justicia absoluta a Lepois y Sydenham, rechaza la teoría uterina, admite la histeria en el hombre, de la que aporta siete casos personales, rebate la opinión de los autores ingleses y alemanes que ubican el origen de la histeria en la médula espinal, y concluye, con Brodie, sin embargo, «que debe ser considerada una *afección dinámica*».

Pero Briquet, que, como dijimos, creía haber visto casi todo, se hizo también demasiadas ilusiones cuando creyó haber descubierto las leyes que rigen la histeria, «leyes que era posible determinar».

Su libro, en efecto, es un conjunto de capítulos en los que son tratados –a menudo con gran exactitud– los diferentes fenómenos que estudia; pero en cuanto a leyes generales que relacionen este conjunto tan complejo, no encontramos en él ninguna, y su descubrimiento posterior va a iluminar la ciencia de la histeria de tal modo que, a la luz de los conocimientos actuales, el *Tratado* de Briquet pierde singularmente la originalidad que él mismo le atribuía.

Dicha revolución debió esperar hasta llevarse a cabo en nuestros días, en el viejo hospicio donde investigaba Georget, por el profesor Charcot y su escuela.

* * *

Fue en 1862 cuando nuestro maestro tomó posesión, en La Salpêtrière, del servicio al que iba a hacer famoso. Encargado de la sección de histéricas, sus primeras investigaciones versaron principalmente sobre la manifestación más frecuente de la histeria, sobre el ataque convulsivo. Las descripciones que habían hecho los autores anteriores no satisficieron a Charcot; siempre a la búsqueda, se dio cuenta de que esa complejidad sintomatológica tenía sus leyes, que el ataque no se componía, simple y bruscamente, de convulsiones descoordinadas. En 1868 comenzaron sus lecciones clínicas, en las cuales pudo por fin comunicar la verdadera característica del ataque, establecer sus leyes y fijar de forma definitiva las relaciones que unen a la histeria y a la epilepsia.

Para resaltar adecuadamente la importancia de estas nuevas nociones, es importante volver la vista atrás y tratar aquí mismo, en este capítulo dedicado a lo histórico, algo que, por reciente que sea, ya ha hecho historia, puesto que hoy en día, al menos en lo tocante al ataque histérico, Charcot es indiscutible y su descripción se ha convertido en un clásico.

La cuestión que vamos a exponer ha sido relegada durante mucho tiempo a un segundo plano en el estudio de la evolución de la histeria a través de los siglos. Empezando por Hipócrates, todos los autores antiguos, como ya hemos visto, se han esforzado en diferenciar una de otra la histeria y la epilepsia; en cuanto a acercarlas, a buscar si había lazos que pudiesen unirlas, apenas si se soñaba en ello, por la sencilla razón de que todos los esfuerzos se dirigían al diagnóstico diferencial.

Probablemente a tal propósito obedecía Sydenham cuando escribía[84]: «A veces la enfermedad histérica produce convulsiones horribles y que se parecen a la epilepsia. El vientre y el pecho se inflan y estorban a la respiración, y la enferma hace tan grandes esfuerzos que, aunque tenga pocas fuerzas, a duras penas las personas presentes pueden sujetarla. Durante ese tiempo, grita sin pronunciar palabras claras ni articuladas, y se da golpes en el pecho. Esta clase de afección histérica se llama habitualmente *sofocación de matriz*, y las mujeres que la sufren tienen con mucha frecuencia un temperamento vigoroso y demasiado sanguíneo».

Sin embargo, es para nosotros innegable, sólo con leer esta descripción, que Sydenham conocía la histeroepilepsia, cuyos síntomas traza con tanta claridad.

Antes de Sydenham, Charles Lepois también tuvo que encontrarse con esas mismas relaciones, que probablemente le condujeron a asemejar las dos neurosis tan íntimamente como hace en su libro.

¿No describía Sennert en la misma época la *epilepsia ab utero*[85]? Los autores que vinieron después fueron aún más explícitos, sin que, por supuesto, se les deba atribuir más de lo que realmente comprendieron en comparación con las teorías modernas.

84. [N. de G. T.] Op. cit., p. 447.

85. Es decir, «epilepsia que se origina en el útero».

Willis, uno de los primeros, relata un caso de histeria que degeneró en epilepsia. Esta transformación ha sido también mencionada por Hoffmann –«*Spasmi violentiores, quales in malo hysterico, in epilepsia desinunt*», dice– y por van Swieten: «*Interim tamen admodun haec mala sunt, et passio hysterica saepius observata fuit in epilepsiam mutari*».

Pomme menciona la epilepsia histérica, que es, como admitía Sennert[86], epilepsia verdadera, común y corriente, «que tiene su punto de partida en el útero».

Para Maisonneuve[87], al contrario, hay siempre en la epilepsia histérica un punto de partida en el útero, pero los síntomas siguen siendo los de la histeria. Cuando esos mismos síntomas se encuentran en el varón, estamos ante una epilepsia vaporosa o hipocondriaca.

La cuestión de la que hablamos no se le escapó a Louyer-Villermay[88]: «La histeria, dice, ofrece distintas variedades; las más notables son el histericismo y la *histeria epileptiforme*. Ésta es sobre todo notable porque presenta una impresionante analogía con la epilepsia, pero difiere de ella en que no se desarrolla antes de las cercanías de la pubertad y sólo hasta la menopausia; en que está constantemente influenciada por los diferentes estados del útero, por la continencia, por los placeres venéreos, por el embarazo, etc.; y se define también por fenómenos histéricos, como son un estremecimiento o movimiento vago n dirección al útero y, al final del paroxismo, evacuaciones vaginales y la emisión de orina abundante y limpia, etc.».

Esta descripción es verdaderamente lo mejor que tiene la obra de Louyer-Villermay.

En 1825-1826, Casauvielh y Bouchet publicaron dos casos de histeria complicada con epilepsia (*Archives génerales de médecine*, diciembre de 1825 y enero de 1826).

Desde ese momento, hemos visto aparecer una terminología nacida en La Salpêtrière y que ha sobrevivido hasta nuestros días. Diremos en otro lugar si merece ser conservada. [No incluido en esta selección]

En 1833, Alégre, en su tesis, había hablado de la *histeroepilepsia* (retengamos el término) de accesos complejos.

Ese mismo año, Beau[89], interno de La Salpêtrière, recogió 273 historias clínicas de epilépticos e histéricos que analizó en la tabla siguiente, de muy valiosa consulta y de la que resaltamos las particularidades que nos interesan.

---

86. Daniel SENNERT (1572-1637), médico alemán y profesor de Medicina en la Universidad de Wittenberg, conocido por sus contribuciones a la teoría atomista. Entre otras obras, es el autor de *Epitome naturalis scientiae* (1618) y *Hypomnemata physica* (1636).

87. [N. de G. T.] *Recherches et observations sur l'épilepsie*. Tesis de París (1803).

88. [N. de G. T.] *Op. cit*., t. I, p.211.

89. [N. de G. T.] «Recherches statistiques pour servir à l'histoire de l'hystérie et de l'épilepsie», *Arch. gén. de médecine*, 1836, 2e édit. t II, p. 328.

ESTADO GENERAL DE LAS ENFERMEDADES
EPILÉPTICAS E HISTÉRICAS

Personas que sólo han tenido ataques epilépticos	26
Curadas de sus ataques	2
Personas que han tenido ataques y vértigos epilépticos	180
Aún tienen vértigos	7
Completamente curadas	4
Personas que sólo han tenido vértigos	13
Personas que han tenido ataques histéricos	12
Curadas de esos ataques	5
Personas que han tenido *ataques histéricos y vértigos*	1
Aún tienen vértigos	1
Personas que han tenido *ataques epilépticos e histéricos:*	[41][90]
Completamente curadas	1
Aún tienen ataques epilépticos	2
Personas que han tenido *ataques histéricos, epilépticos y vértigos*	6
Aún tienen vértigos	1
Personas que han tenido *ataques compuestos por síntomas epilépticos e*	4
histéricos	2
Curados	
Personas que han tenido *ataques compuestos por síntomas*	4
epilépticos e histéricos, y además	1
vértigos	1
Completamente curadas	
Aún tienen vértigos	
TOTAL	273

Dejando a un lado el punto de vista meramente estadístico de este cuadro sinóptico y centrándonos sólo en los hechos, percibimos con toda claridad que Beau ha consignado perfectamente las diversas asociaciones que pueden existir entre los síntomas de ambas neurosis; pero de la constatación a la interpretación hay un largo trecho. La opinión de este observador sagaz y minucioso es puramente analítica, como bien podemos juzgar en la frase siguiente, que resume bien su pensamiento en toda su sencillez: «Se ve a continuación que la complicación de la epilepsia con la histeria, o histeroepilepsia, presenta dos formas particulares: o bien una misma persona tiene ataques epilépticos y ataques histéricos por separado, o bien esos ataques, siempre idénticos, están constituidos por fenómenos epilépticos e histéricos en proporción notable» (p. 330).

90. Falta la cifra en el original.

Es la opinión que, hasta Charcot, va a ser adoptada por todos los autores que escribirán sobre el tema tras el trabajo de Beau: Esquirol, Landouzy, Delaferrière, y que Briffaut[91], también alumno de La Salpêtrière, resumirá más sucintamente en estos términos: En La Salpêtrière «se puede ver a la histérica convertirse en epiléptica y seguir siendo ambas cosas, lo que constituye la histeroepilepsia, o también que la epilepsia llegue a dominar cada vez más y aniquile, en cierto modo, a la histeria primitiva».

Esa es también la opinión de Briquet (*op. cit.*, p. 399): «La histeria puede combinarse con epilepsia y constituir lo que se ha llamado la histero-epilepsia, *epilepsia uterina* de Sennert. Tal combinación se produce de tres maneras: unas veces la epilepsia es la enfermedad primitiva; otras lo es la histeria; y otras, finalmente, aparecen ambas simultáneamente».

Y Dunant[92] tampoco difiere de los precedentes cuando escribe: «El tratamiento de la histeroepilepsia se hace siguiendo a la vez las mismas directrices que se prescriben *para cada una de las dos neurosis que reúne en una sola*».

Así estaban las cosas cuando, como ya dijimos, en el momento en que apareció la tesis de Dunant, en 1863, Charcot tomó posesión de la jefatura del servicio de histéricas de La Salpêtrière. Un profundo análisis de las observaciones hechas a lo largo de varios años le demostró con claridad que la histeria y la epilepsia no se *combinan* jamás, pero que ambas podían existir en estado *aislado*[93], independientes la una de la otra en el mismo individuo. La *histeroepilepsia*, a pesar de su apariencia, no era más que *histeria pura*, la expresión más elaborada de la histeria mediante síntomas convulsivos, la *hysteria major*, la gran *histeria*[94], pero nada más. Y fundaba su opinión sobre una serie de argumentos y de hechos que serán desarrollados en el curso de este trabajo.

«Si nos atuviésemos, dice[95], a los términos mismos de la denominación al uso, *histeroepilepsia*, parecería que no hay lugar para ningún equívoco. Eso querría decir que en los pacientes a los que se destina este nombre la histeria se manifiesta combinada con la epilepsia de modo que constituyen una forma mixta, una especie de híbrido, compuesto a partes iguales por histeria y epilepsia. ¿Pero responde esa denominación a la realidad de las cosas? Si sólo lo miramos superficialmente, parece ser así, pues hemos reconocido en los ataques alguno de los rasgos de la epilepsia. De este modo es, por demás, como parecen entenderlo la mayor parte de los autores modernos. La histeroepilepsia sería para ellos una mezcla, una combinación a dosis variable, según los casos, de las dos neurosis; no es sólo la epilepsia, no es sólo la histeria; es a la vez la una y la otra. Esa es, repito, la doctrina más extendida...».

---

91. [N. de G. T.] *Rapports de l'hysterie et de l'épilepsie*, Tesis de París, 1851, p. 24.

92. [N. de G. T.] *Recherches et observations sur l'hystéro-epilepsie*, Tesis de París, 1863, p. 42.

93. Es decir, 'independiente', como dos enfermedades diferenciadas en el mismo sujeto.

94. '*Grand hystérie*', expresión que busca evocar el '*grand mal*' epiléptico, el ataque con convulsiones tónico-clónicas generalizadas y todo su cortejo sintomático.

95. [N. de G. T.] *Leçons sur les maladies du système nerveux*, t. 1, p. 363, 3ª ed., 1877. 13ª lección, «Sobre la histeroepilepsia». La primera edición es de 1873. Esta lección se dictó en 1868.

Tal doctrina, Charcot la rechaza; no hay *un híbrido* histeroepiléptico: «*La epilepsia sólo estaría ahí aparentemente, en la forma exterior, pero no estaría en el fondo de las cosas*».

Sin embargo, y sin renunciar a esta opinión tan netamente expresada, para no romper con una terminología ya caduca, Charcot continuó sirviéndose del término histeroepilepsia, y a veces de los de histeroepilepsia de crisis mixtas (histeria) y de histeroepilepsia de *crisis separadas* (histeria por un lado, epilepsia por otro, dándose en el mismo individuo pero sin *mezclarse* entre sí).

Pero Charcot sentirá la necesidad de liberarse de esos términos comprometedores, ya que pueden prestarse a confusión, y dirá dirigiéndose a sus alumnos de las *Lecciones de los martes en La Salpêtrière*[96]: «Quisiera, ya que se presenta la ocasión, recordar a ustedes la gran diferencia que existe, a mi entender, tanto en la forma como en el fondo, entre el ataque de epilepsia y el ataque de histeroepilepsia.

»Mi respeto por la tradición me llevó antaño a mantener el vocablo histeroepilepsia, pero me desagrada demasiado, se lo confieso, porque es absurdo. Pensemos en un enfermo que sufre el castigo de dos enfermedades fundamentalmente diferentes, y damos a ambas el mismo nombre. *No hay la más mínima relación entre histeria y epilepsia, ni siquiera en la de crisis mixtas*».

Por eso no emplearemos jamás el término histeroepilepsia sino siempre el de histeria, el único verdaderamente racional.

Esa misma lección, cuando se dictó en 1868 y se publicó en 1873, contenía ya la descripción del ataque según leyes que se enunciaban entonces por vez primera y que las publicaciones ulteriores no hicieron sino confirmar. Contenía también el estudio del *status* histérico oponiéndolo al *status* epiléptico, único conocido hasta entonces.

Dicha lección merece ser considerada histórica, pues las ideas que expresa iban a revolucionar completamente el estudio de la histeria. Proclamaba que la histeria es una enfermedad *única* e *indivisible*; y daba medios casi del todo certeros para diferenciarla de la epilepsia, punto delicado que hasta entonces había puesto a prueba a la sagacidad de los observadores. ¿Pero cómo hubiesen podido diferenciar de manera precisa dos enfermedades que, en su opinión, podían confundirse hasta el punto de fusionarse?

A partir de este momento, entramos en el período absolutamente moderno de la historia de la histeria. Las opiniones de Charcot, expuestas con sencillez en los artículos casi contemporáneos de sus lecciones escritos por Bernutz[97] y Jolly[98], y confirmadas por los magistrales estudios de Bourneville y Regnard[99] y de Paul Richer[100], originaron muchas controversias que sólo sirvieron para darlas más a valer.

---

96. [N. de G. T.] 18ª lección, 1888-89, p. 424.

97. [N. de G. T.] *Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratique*, t. XVIII, 1874.

98. [N. de G. T.] *Ziemssen's Handbuch der spec. Pathol. und Therapie*, t. XII, 1875.

99. [N. de G. T.] *Iconographie pathologique de la Salpêtrière*, 3 vols., 1876-1880.

100. [N. de G. T.] *Études cliniques sur la grand hystérie ou hystéro-epilepsie*, 1ª ed., 1880; 2ª ed., 1885.

Fig. 8. Paul RICHER (1849-1933). Médico, ilustrador y profesor de Anatomía Artística en la Escuela de Bellas Artes de París.

No pasarán muchos años sin que el jefe de la Escuela de La Salpêtrière añada nuevas adquisiciones a este campo que Briquet creía haber explorado por completo. El estudio analítico y sintético de los estigmas [síntomas] permanentes, la histeria masculina enfocada desde aspectos totalmente nuevos, la discusión sobre la pseudoneurosis traumática, los fenómenos químicos de la histeria, forman el balance más reciente de sus descubrimientos, por hablar sólo de los más notables.

El impulso que Charcot ha dado al estudio de la histeria es considerable. Limitada inicialmente a Francia, a su alrededor más inmediato, sólo entre sus alumnos, su influencia se ha ido extendiendo poco a poco y hoy brilla en todos los países del mundo. Ha generado un número tan grande de publicaciones que no seríamos capaces siquiera de enumerar; las más importantes encontrarán acomodo en el curso de nuestra descripción[101].

Sin embargo, nos parece necesario mencionar también aquí el notable artículo que el profesor Grasset (de Montpellier) ha dedicado a la *Histeria en el Diccionario enciclopédico de las ciencias médicas* (1888)[102], y sobre todo la serie de trabajos originales que el profesor Pitres, decano de la Facultad de Burdeos, ha publicado sobre esta materia[103] o los que ha inspirado a sus alumnos.

101. En páginas no incluidas en esta selección.

102. Ver en este mismo volumen, así como la biografía previa de Grasset, pp. 131 y ss.

103. [N. de G. T.] El Prof. Pitres ha reunido recientemente (1891) sus trabajos en dos volúmenes de *Lecciones clínicas sobre la histeria y el hipnotismo*, que tendremos frecuente ocasión de citar.

2. MÉDICOS ANTE LA HISTERIA

Pierre BRIQUET
(1796-1881)

Pierre BRIQUET[1], hijo del propietario de una librería, nació 12 de febrero de 1796 en Chalons-sur-Marne, hoy Châlons-en-Champagne, cerca de Reims, y murió en París el 26 de noviembre de 1881.

Se doctoró en la facultad de Medicina de París, en 1824, con una tesis sobre *La flebectasia o dilatación varicosa de las venas*. Profesor agregado en 1827, médico del hospital Cochin[2] en 1836, del de La Charité en 1846, elegido por la Academia de Medicina como miembro de la sección de Física y Química Médicas. Fue ante todo un internista que escribió sobre temas diversos: *Memoria sobre el empleo de tóxicos mercuriales en el*

1. Fuente principal: Pierre MOREL, *Dictionnaire biographique de la psychiatrie*, Le Plesis-Robinson, Synthélabo, 1996, pp. 48-49.

2. En 1780, Jean-Denys Cochin, cura de la parroquia de Saint-Jacques-du-Haut-Pas fundó un hospital destinado a los indigentes y a los obreros del barrio que llegó a ser uno de los pilares de la sistencia pública parisina. En 1802 ya tenía 100 camas y creció hasta las 475 en 1900.

tratamiento de las erupciones variólicas, Tratado terapéutico de la Quinaquina [quinina] y sus preparaciones, Tratado práctico y analítico del cólera morbus, etc. Pero como él mismo dijo, fue puesto al frente de un Servicio en La Charité en el que se ingresaba a los enfermos afectados por enfermedades histéricas, y su conciencia le impulsó a interesarse por una patología hacia la que no le inclinaba su espíritu científico. A lo largo de diez años recopiló cuatrocientos treinta casos estudiados detalladamente, cuyo análisis crítico le llevó a considerar a la histeria como «una neurosis de la porción del encéfalo destinada a recibir las impresiones afectivas y las sensaciones», una «enfermedad dinámica» susceptible de involucrar a todo el organismo en sus manifestaciones. En 1859 publicó sus datos y conclusiones en un *Tratado clínico y terapéutico de la histeria*, que constituyó un hito en la historia de dicho mal por ser uno de los primeros autores en abordarla sin prejuicios, hasta el punto que poco después algunos autores norteamericanos propusieron rebautizarla como *Briquet's disease*, enfermedad de Briquet. Rechazó el papel causal de las frustraciones sexuales, relacionó la enfermedad con emociones prolongadas o disgustos violentos sufridos por individuos predispuestos por herencia o por una «susceptibilidad» especial, y contribuyó a acreditar la realidad de la existencia de una histeria masculina (un hombre por cada veinte mujeres, según Briquet), muy discutida en aquella época, abriendo así el camino que quince años más tarde continuaría Charcot, que siempre le citó como precursor.

Pierre BRIQUET

TRATADO CLÍNICO Y TERAPÉUTICO DE LA HISTERIA
[Selección[3]]

— 1859 —

PREFACIO

Llevado por diversas circunstancias a ocupar la cabeza de un servicio al cual, desde mucho tiempo antes, se había establecido la costumbre de derivar a los enfermos atacados por afecciones histéricas, me vi obligado en conciencia a poner toda mi atención sobre esa clase de pacientes, hacia la cual mi gusto por las ciencias positivas apenas me inclinaba. Tratar enfermedades que todos los autores estaban de acuerdo en considerar el prototipo de la inestabilidad, de la irregularidad, de la fantasía, de lo imprevisto, sin estar aparentemente gobernadas por ninguna ley, por ninguna regla, y sin que las hubiese llegado a relacionar entre sí ninguna teoría seria, era la tarea que más podía desagradarme. Pero me resigné y me puse manos a la obra. No tardé mucho tiempo en darme cuenta, con gran sorpresa por mi parte, de que los hechos con que me encontraba eran completamente distintos de lo que se hallaba por escrito en los autores más clásicos, y pronto vi que nunca se había estudiado la histeria como se estudian las otras enfermedades, observando primero y sacando conclusiones después. Me encontré con que en todo lo que se había escrito acerca del tema había mucho más de imaginario que de verdadera comprensión de su naturaleza. En efecto, los médicos que hasta el presente se han ocupado de la histeria han sido, o bien eruditos y gente de despacho que han trabajado sólo con libros o con materiales recogidos por otros previamente; o bien médicos dedicados a los cuidados de selecta clientela, que no tenían la posibilidad de observar durante mucho tiempo a los pacientes, y que no habían reseñado sino lo que más les había llamado la atención; o, finalmente, hombres superficiales a quienes sólo el azar había puesto sobre el tema y que estaban desprovistos del hábito de la observación y de los conocimientos generales necesarios para hacer un buen trabajo. Únicamente un pequeño número de médicos había percibido a la histeria como es debido; pero como las saludables

3. Fuente: Pierre BRIQUET, *Traité Clinique et Thérapeutique de l'Hystérie*, París, J.-B. Baillière et fils, 1859. Seleccionamos el Prefacio (pp. V-VII) y el epígrafe «Définition» (pp. 1-6). Traducción: Ramón Esteban Arnáiz.

ideas transmitidas por tales autores eran más deudoras de la agudeza de su juicio que de la escasa extensión del campo de sus observaciones, no hicieron avanzar mucho a la ciencia. La necesidad de conocimientos precisos acerca de la histeria se había de tal modo hecho sentir que, una detrás de la otra, se vio a la Real Sociedad de Medicina del siglo pasado, esto es, la Sociedad de Medicina de Burdeos, y a la Academia de Medicina, someter sucesivamente el tema a concurso. No eran teorías lo que faltaba, sino más bien hechos, por lo tanto había que estudiar estos últimos. Eso es lo que yo hice. Recogí todos los datos de cualquier paciente afecto de histeria que pasó por mis salas, fuese quien fuese. Sus antecedentes, su estado actual, el resultado del tratamiento, todo quedó registrado. Las afirmaciones de los autores de referencia relativas a los grandes datos etiológicos fueron igualmente sometidas al control de la observación. Todo se llevó a cabo de modo que todas las cosas proviniesen de los hechos. A este trabajo se le dedicaron varios años, durante los cuales he sido intensamente secundado por los alumnos internos que han ido sucediéndose a mi lado, y entre los cuales debo citar a los señores Richard, Besançon, Mesnet, Mignot, Faton, Piachaud, Milly, Goupil, Alby, Auguste Voisin, Dobeau, Garault, Labbé y Luton, a los cuales declaro mi agradecimiento más sincero. De ese modo, he reunido cuatrocientos treinta casos de histeria. Creo haber tenido la ocasión de ver prácticamente casi todo lo que puede suceder en esa enfermedad, y haber operado con una cifra suficientemente alta como para que los resultados obtenidos puedan ser considerados la expresión de cosas de alcance general.

Dichas investigaciones sirvieron para convencerme de que la teoría antigua de la histeria era completamente errónea; de que la histeria distaba mucho de ser una afección compuesta por fenómenos incoherentes, una especie de *τό θεϊον*[4] a lo que no se podría acceder mediante la razón. Me encontré, por el contrario, que se trataba de una enfermedad cuya naturaleza era muy fácil de comprender, cuyos síntomas tenían correspondencias en el campo de lo fisiológico, y sólo eran extraños en apariencia; una enfermedad que obedecía a leyes que era posible determinar; cuyo diagnóstico podía hacerse con la misma seguridad y precisión que el de cualquier otra enfermedad, y cuyos diversas manifestaciones cedían a un tratamiento que se podía establecer precozmente.

Reconocí por fin que la histeria no era esa enfermedad vergonzosa de la cual ya sólo el nombre hace evocar, a la gente ajena a la medicina y también a muchos médicos, ese verso de nuestro gran poeta trágico: *Es Venus por completo aferrada a su presa*[5], sino

4. En griego en el original: '*to theion*', lo divino, algo no natural, algo incomprensible. La expresión procede de la *Física* de Aristóteles, y está relacionada con 'el primer motor inmóvil', noción metafísica necesaria para imaginar qué habría puesto en marcha al mundo.

5. «*C'est Vénus toute entière attachée a sa proie*». Verso de *Fedra* (acto I, escena III), tragedia profana de Jean RACINE, estrenada en 1677. En ausencia de su esposo, el rey Teseo, Fedra confiesa su amor por Hipólito, hijo de Teseo y de Antíope, reina de las Amazonas. El argumento de la *Fedra* de Racine es una versión del *Hipólito* de EURIPIDES (48 a. C.), pero, al revés que el trágico griego, el francés hace morir a su heroína, lo que la confiere el doble carácter de causante del mal de otros y víctima de sus propias pasiones, personaje pues que inspira a la vez aversión y piedad. En la tradición mitológica, Fedra habría heredado el temperamento amoroso de su madre, Pasifae, esposa de Minos, la cual se hizo cubrir por un toro blanco, coyunda de la que nació el Minotauro.

que, por el contrario, se debía a la existencia en la mujer de los sentimientos más nobles y dignos de admiración, sentimientos que sólo ella es capaz de experimentar.

El *Tratado sobre la histeria* tiene por finalidad poner al día todos esos resultados, y me haría feliz comprobar si he sido capaz de haber cumplido convenientemente la tarea que me he impuesto.

Agosto 1859

DEFINICIÓN

La histeria es conocida desde que existe la civilización; al decir de Galeno, las mujeres que entre los antiguos se ocupaban del tratamiento de las personas de su sexo conocían desde tiempo atrás esta enfermedad, a la cual habían impuesto el nombre de *afección histérica* porque, según ellas, provenía del útero. Además, según algunos pasajes de los tratados *Sobre la naturaleza de las mujeres* y *Sobre las enfermedades de las mujeres* publicados bajo el nombre de Hipócrates[6], hay razones para pensar que dichas matronas serían las autoras de la teoría que sobre la naturaleza de tal enfermedad profesaron los príncipes de la medicina, a los cuales precedieron. Es igualmente cierto, según los escritos de Galeno, que a ellas se debe la maniobra destinada a detener los ataques histéricos que ha sido designada con el nombre de masaje vulvar.

Así pues, la histeria era conocida antes de que existiese la profesión médica; llevaba el nombre que lleva actualmente, la teoría con ayuda de la cual se explicaban sus fenómenos era la que después estuvo también en vigor, y uno de los medios de tratamiento más aprobado por los autores formaba parte de la práctica desde mucho tiempo atrás.

La filosofía, que con frecuencia no es más que la expresión con apariencia científica de las tradiciones y las ideas reinantes en cada época, había adoptado esas doctrinas, que consistían en considerar a la mujer como un ser de segundo orden, destinado únicamente a servir a los placeres sexuales del varón y a ocuparse de la crianza de los hijos. El verdadero amor, ese al que llamaban celeste, sólo tenía lugar entre hombres. La mujer sólo incitaba a un amor grosero, terrestre, el único –se suponía– que regía su naturaleza[7]. Pitágoras, por lo que nos ha llegado de sus opiniones, consideraba el útero como un ser aparte, dotado de las facultades que caracterizan al animal, o sea, la sensibilidad y el movimiento espontáneos, pero alojado dentro de otro ser. Esa era también la opinión de Empédocles, del cual Hipócrates fue discípulo.

---

6. [Nota de BRIQUET; en adelante N. de B.] *Oeuvres d'Hippocrate*, trad. por E. Litré, París, 1831, t VII, p.312; t. VIII, p. 10 y sig.

7. Sobre amor celeste y amor terrestre puede verse *El Banquete*, de Platón, especialmente el encuentro de Alcibíades y Sócrates.

Platón[8], en su *Timeo*, después de haber explicado a su manera el origen del hombre, criatura primera y superior, pasa al de la mujer, y dice:

«Los hombres débiles, que con frecuencia han sido injustos durante su vida, en una segunda reencarnación, sin duda, son transformados en mujeres. Los dioses crearon a la vez el deseo de cohabitar; a tal efecto pusieron en nosotros un animal vivo, y otro dentro de las mujeres».

Después de unas palabras sobre el animal de los hombres, que es indócil, caprichoso, etc., llega al de la mujer:

«La matriz, dice, es un animal que desea ardientemente engendrar hijos. Cuando permanece mucho tiempo estéril tras la pubertad, le resulta insoportable, se indigna y recorre todo el cuerpo taponando las salidas del aire, deteniendo la respiración, arrojando al cuerpo a peligros extremos y ocasionando diversas enfermedades, hasta que el deseo y el amor, juntando al hombre y a la mujer, hacen nacer un fruto y lo cogen como si el de un árbol se tratase, sembrando en la matriz como en un campo animales invisibles por su pequeñez extrema, después los alimentan tras la separación, desarrollándolos en el interior, y sacándolos más tarde a la luz del sol terminan así el acto de la generación de animales.

»Es así como han sido hechas las mujeres y todas las hembras».

Tales eran las opiniones de la filosofía.

Nada más natural que, a su vez, los médicos educados en semejantes doctrinas hayan dado un papel principal al útero en ciertas enfermedades nerviosas, y que toda la medicina antigua haya enfocado a la histeria como una enfermedad producida por los problemas de dicho órgano.

Aunque desde hace ya tiempo la religión, la civilización y la moral hayan atribuido a la mujer una misión más noble que la que le había asignado la filosofía del paganismo, aunque la primera la presente como la compañera del hombre, la segunda le haya trazado en las *Instituciones* de Justiniano deberes entre los que se encuentra el de ser la *solatium vitae*[9], y la tercera la contemple como destinada a cuidar y educar a los infantes, a rodear al adulto de toda solicitud y a aliviar al anciano en sus enfermedades, atribuciones que distan mucho de ser las del útero, la mayoría de los médicos de todas las épocas no por eso han dejado de mantenerse fieles a las teorías de los antiguos, y algunas de las obras más modernas que sobre la histeria han aparecido, tales como la de Louyer-Villermay y la del señor Landouzy, presentan aún al útero –ya sea enfermo, ya sea insatisfecho en sus necesidades genitales– como punto de partida y sala de calderas de todos los fenómenos de la histeria.

Considero los hechos bajo otro punto de vista, y para mí la histeria es una neurosis del encéfalo, cuyos fenómenos observables consisten principalmente en la perturbación de los actos vitales[10] que sirven para manifestar las sensaciones afectivas y las pasiones.

---

8. [N. de B.] *Oeuvres* de Platon, traducción de Cousin, t. XII, p. 242. [PLATÓN, *Timeo*, en *Diálogos VI* (*Filebo, Timeo, Critias*), Madrid, Gredos, 2002, p. 259-260 (*Tim*. 91c-e)].

9. Consuelo en la vida.

10. Hoy diríamos las manifestaciones somáticas de las emociones.

Esta definición necesita algunas explicaciones para ser comprendida, y a fin de darlas de una manera satisfactoria voy a tomar las cosas con un poco de perspectiva.

La potencia que ha creado a los seres les ha provisto de todos los medios de protección necesarios para su conservación y bienestar. Los animales, únicos que gozan de la facultad de desplazarse, se sirven de ella, sea para ir el uno hacia el otro y compartir los placeres o aliviar los sufrimientos, sea para huir cuando uno de los dos resulta incómodo o peligroso para el otro. Pero para obedecer a esta ley de la naturaleza era preciso que signos muy manifiestos, e inteligibles para todos, diesen a conocer tales necesidades y peligros. Esos signos son los cambios exteriores mediante los que se manifiestan las sensaciones, las pasiones y las necesidades; desde la luciérnaga, que enciende sus luminarias cuando desea la proximidad de su semejante, hasta el hombre, que manifiesta los movimientos de su alma y sus necesidades mediante sus gestos, su voz y la expresión de su cara, hay una cadena que comprende en sus eslabones toda la serie de seres que hay entre ambos. Son estos cambios, particulares de cada sensación afectiva y de cada pasión, los que en la especie humana constituyen el campo de la histeria; todo fenómeno histérico tiene su propio modelo en los diversos actos vitales mediante los que las sensaciones afectivas y las pasiones se manifiestan al exterior, como puede constatarse cuando aparece cada uno de dichos fenómenos. Todos esos síntomas histéricos que tan raros parecen y que durante tanto tiempo han desorientado a los médicos, no son sino la repetición pura y simple de esos actos, aumentados, debilitados o desviados de su finalidad natural; tómese un síntoma cualquiera de la histeria, y se encontrará siempre su modelo en alguno de los hechos que constituyen las manifestaciones emocionales.

Voy a poner como ejemplo lo que le ocurre a una mujer un poco impresionable que experimenta una emoción brusca e intensa: al instante tiene una constricción en el epigastrio, nota opresión en el pecho, su corazón se acelera, algo le sube hasta la garganta y le asfixia; finalmente, nota en los miembros un malestar que en cierto modo la hace caer inerte, o bien experimenta agitación, una necesidad de movimiento que le hace contraer los músculos. Ahí está sin duda el modelo del accidente histérico más frecuente, el más común, del espasmo histérico. La observación de los hechos muestra que muy frecuentemente, y casi debería decir siempre, los fenómenos histéricos son la repetición más o menos alterada, no de todos esos actos vitales, sino sólo de aquellos mediante los cuales se manifiestan las sensaciones penosas, los afectos y las pasiones tristes o violentos. Al cabo, tales manifestaciones, debido a su frecuente repetición, terminan produciendo lesiones, bien sean funcionales[11] o materiales, en los órganos de los que se sirven, y añaden así una nueva serie de elementos que viene a completar el *atrezzo* que utiliza la histeria.

Estas ideas están muy lejos, es verdad, de las teorías que no encuentran en la histeria más que apetitos insatisfechos, u órganos genitales presas de inflamaciones, de supuraciones o de cánceres. Pero si se alejan de esas groseras teorías arcaicas de los griegos que han pretendido ser revalidadas más tarde, se acercan infinitamente a otras opiniones

11. *Dinamiques* en el original, que, evidentemente, no hay que entender como 'psicodinámicas'.

más filosóficas: a las de Raulin[12] o a las de Sydenham, quienes percibieron perfectamente que había en la mujer histérica un conjunto de padecimientos, o al menos una tendencia general al sufrimiento, que residía en todo su ser y que ellos expresaron con los términos *movilidad, susceptibilidad y debilidad nerviosa*[13]. Mis ideas no son en cierto modo sino la consecuencia de aquellos «corolarios» ya antiguos que hacían del cerebro, es decir, del centro de la sensibilidad, la sede hacia donde se dirigen las sensaciones causales productoras de la histeria y el punto de partida de los fenómenos manifiestos de esta enfermedad, corolarios debidos a Charles Lepois, a Willis y a Georget[14]. No son, para terminar, sino el complemento de las ideas del doctor H. Girard[15], que considera la histeria como producto de una modificación patológica del organismo localizada en el cerebro, y de las de el profesor Forget y del doctor Gendrin, que intuyen que la histeria es expresión de una susceptibilidad *especial* del sistema nervioso.

Aquí me detengo, pues en este momento mi intención sólo es constatar los aspectos formales de los fenómenos mediante los cuales la histeria se pone de manifiesto ante los sentidos del observador. Más adelante, cuando los datos se vayan desplegando [ante el lector], mostraré de qué manera las causas de la histeria actúan sobre el organismo, y qué género de neurosis hacen surgir. Habituado a la andadura matemática de las ciencias físicas, sólo sacaré consecuencias a medida que se vayan desarrollando los hechos.

Galeno había dicho sobre la histeria: «*Passio hysterica unum nomen est, varia tamen et innumera accidentia sub se comprehendit*»[16]. Rivière[17] no era de distinta opinión, pues dejó

12. Joseph RAULIN (1708-1784), médico francés. Estudió en Burdeos y ejerció después en París, como médico del Rey y como Inspector de las Aguas Minerales. Escribió varios libros sobre balnearios e higiene de las aguas, sobre la tenia «solitaria» y sobre las enfermedades de las mujeres, pero sin duda Briquet le cita aquí porque en su *Tratado de las afecciones vaporosas del sexo* (1785), se muestra contrario al origen uterino, a la teoría de los «espíritus animales» y a la exclusividad de la histeria en el sexo femenino. «Hay hombres, decía, tan proclives a todos los síntomas de los vapores al completo, que se diría que son mujeres cuando están en ese trance si no fuese porque estamos seguros de cuál es su sexo» (Citado por Pierre MOREL en *Dictionnaire biographique de la psychiatrie*, Le Plesis-Robinson, Synthélabo, 1996, p. 203).

13. Literalmente, «*de mobilité, de susceptibilité, de faiblesse nerveuse*». Entiéndase *movilidad* en el sentido que la Antigüedad clásica daba a 'movimiento', es decir, cambio; aquí, tanto en la apariencia de los síntomas como en su localización anatómica subjetiva. Por *susceptibilidad* deberíamos entender hipersensibilidad física y psíquica, irritabilidad (en sentido fisiológico), pero también influenciabilidad. Por último, *debilidad nerviosa* alude a las ideas constitucionalistas de la época, impregnadas por el degeneracionismo.

14. Sobre Sydenham, Lepois, Willis y Georget se encontrarán comentarios a pie de página en el precedente capítulo de Gilles de la Tourette. Véase p. 6 y p. 26.

15. Henri GIRARD DE CAILLEUX (1814-1884). Lionés, se doctoró en París. Dedicado principalmente a la gestión asistencial, muy amigo del barón Haussmann, que le nombró Inspector General del Servicio de Alienados del Sena y le procuró el favor de Napoleón III. Creó Sainte-Anne y diseñó una red de diez asilos que se completaría en el futuro. Caído el Emperador, fue obligado a jubilarse.

16. «Enfermedad histérica es una sola palabra que comprende bajo su significado muy diferentes e innumerables elementos».

17. Probablemente, Lazare RIVIÈRE (1589-1695), profesor de la Universidad de Montpellier, también conocido con el nombre latino de LAZARUS RIVERIUS. Cabeza de la corriente «ecléctica», partidario

escrito que la histeria no era «*morbus simplex, sed morborum iliada*»[18]. Según Sydenham, las formas de Proteo[19] y los colores del camaleón no son más numerosos que las diversas apariencias bajo las que la histeria se presenta. F. Hoffman[20] definía esta enfermedad en los términos siguientes: «*Morbus ille, aut potius morborum cohors*»[21].

Las manifestaciones sintomáticas que la histeria puede producir son, en verdad, bastante variadas, pero no tan numerosas y, sobre todo, no tan inconstantes como se piensa. Las hay que constituyen el fondo de la enfermedad, y faltan raramente; su número no es muy grande. Hay otras, que son muy frecuentes y más numerosas que las primeras, pero que se limitan también a un círculo bastante estrecho. Por último, se añaden a las mencionadas algunos fenómenos que parecen extraños pero cuya razón de ser se encuentra en la constitución del enfermo o bien en las circunstancias que le rodean.

La histeria muestra como síntomas principales: una sensibilidad extrema del sistema nervioso; hiperestesias diversas entre las que dominan los dolores en la región epigástrica, en el lado izquierdo del tórax o a lo largo del surco vertebral izquierdo; anestesia que afectan sobre todo a la piel, los músculos y los órganos de los sentidos; espasmos, entre los cuales son los más frecuentes la opresión epigástrica, la sensación de un globo que subiese desde el estómago a la garganta, y la sensación de asfixia; y finalmente las convulsiones, que comienzan por la constricción epigástrica, se acompañan habitualmente de pérdida de conciencia, y que finalizan con llantos y sollozos; síntomas que están todos bajo la influencia directa de las emociones.

Las denominaciones bajo las que ha sido conocida esta enfermedad son muy numerosas. Pueden dividirse en dos grupos distintos: el de aquellas que se refieren a la matriz, presunta causa de la enfermedad, tales como [ilegible en el original][22], *strangulatus*, *suffocatio*, *præfocatio uteri*, mal de matriz, mal de madre, metroneuro [o metroneuria], neuropatía

---

de la iatroquímica y de las ideas de Harvey. Publicó *Institutiones medicae* (1655), siguiendo las ideas que Sennert dejó en obra del mismo título escrita en 1611.

18. «No es una enfermedad simple, sino un conjunto de enfermedades».

19. Proteo, dios del mar en la mitología griega más arcaica, tenía la capacidad de predecir el futuro, pero para evitar hacerlo cambiaba de forma para no ser reconocido. La comparación establecida por Sydenham entre el dios Proteo y la histeria, citada con frecuencia, se encuentra, como la mayor parte de las contribuciones a este trastorno, en la «Disertación en forma de carta a William Cole» (1681); véase SYDENHAM, «Thomas Sydenham à Guillaume Cole (London, 20-I-1681)», en *Médecine practique de Sydenham avec notes*, París, Didot Le Jeune, 1774, pp. 356-441.

20. Probablemente, Friedrich HOFFMANN (1660-1742), médico y químico alemán. Nacido en Halle (Saale), donde fue profesor. Escribió sobre temas como la pediatría, el agua mineral, y la meteorología; introdujo muchos medicamentos y reconoció el papel regulador del sistema nervioso. Especialmente famosa fue su obra *Medicina consultatoria*, enorme recopilación de historias clínicas en doce volúmenes aparecidos entre 1721 y 1739.

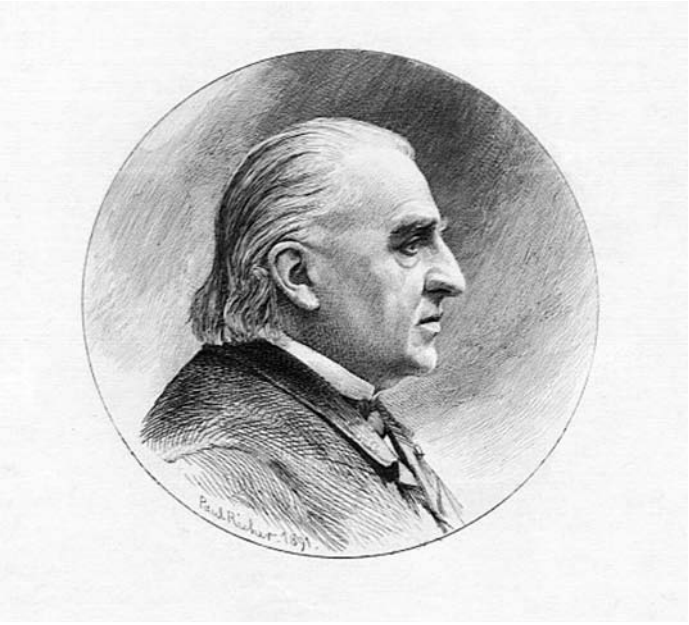
21. «Aquella enfermedad, podría, por el contrario, ser un conjunto de enfermedades».

22. En el original parece haber un defecto de impresión. Podría tratarse de *hyste-* [*hysteros*] en caracteres griegos, algunos deformados en su parte superior.

etiangioovárica, y que son, a mi entender, el resultado de un error. El otro grupo, los nombres que usaron los autores que localizan la enfermedad, bien en el conjunto del funcionamiento del organismo, bien en el sistema nervioso, tales como: vapores, males de nervios, encefalia espasmódica de Georget, neuroespasmia de Brachet, neuropatía aguda cerebroneumogástrica de Girard, son demasiado generales y no caracterizan bien la histeria.

Estas denominaciones, pues, son malas, ¿pero dónde deberíamos buscar una mejor? La respuesta a esta pregunta se encuentra en Galeno. Este autor dice precisamente a propósito de la histeria: «Hay que dar poca importancia a esas controversias, dado que los médicos ya tienen bastante que hacer con ocuparse de las circunstancias que tienen que ver con la histeria, sin divertirse perdiendo el tiempo con esas disputas acerca de palabras». Hay que decir que antes de Galeno se habían producido largas discusiones sobre la cuestión de saber si los órganos de la generación debían llamarse matriz o vulva, y si se los debía nombrar en singular, como querían algunos médicos, o en plural como habían hecho autores pretéritos. Por otro lado, los ensayos de nomenclatura intentados hasta el presente no parecen, por lo que se ve, haber tenido éxito para convencer a nadie de hacerlo de modo distinto. Adoptaré pues el término *histeria*, porque es el primero que se empleó, porque es en general el más utilizado, porque todo el mundo lo conoce, y finalmente porque espero que con el tiempo perderá su valor etimológico y se convertirá simplemente en un nombre propio, como *oro*, *hierro*, *plomo*.

Jean-Martin CHARCOT
(1825-1893)



Jean-Martin Charcot, según un dibujo de su discípulo Paul Richer.

Jean-Martin CHARCOT[1], primogénito de los cuatro hijos varones de un fabricante de carruajes, nació en París el 29 de noviembre de 1825. Ganada la plaza de interno de los Hospitales de París, le influyó poderosamente su maestro Rayer, amigo de Claude Bernard, médico de Napoleón III y futuro decano de la Facultad de Medicina. En 1853 leyó su tesis sobre la gota, médico de los Hospitales de París tres años más tarde, consigue una agregaduría a cátedra gracias a la ayuda de su maestro Rayer, y pasa a La Salpêtrière en 1862, hospital que, en sus propios términos, era un museo viviente de la patología humana, y en el que permanecería hasta el final de su carrera. Con su condiscípulo Vulpian emprendió investigaciones sobre la patología del sistema nervioso que sentarían las bases de la neurología moderna.

1. Fuentes: Pierre MOREL, *Dictionnaire biographique de la psychiatrie*, Le Plesis-Robinson, Synthélabo, 1996, pp. 61-62; Jaques POSTEL, *La psychiatrie* (*Textes essentiels*), París, Larousse, 1994, pp. 237-238.

En 1872 ocupó la cátedra de anatomía patológica y fue elegido como miembro de la Academia de medicina, y en 1882 se le otorgó la primera cátedra de clínica de las enfermedades nerviosas. Llevó desde entonces la vida propia de la alta sociedad parisina, recibiendo en su casa a nobles, políticos, profesionales y artistas, que también frecuentaban sus clases no siempre movidos por intereses médicos.

Cardioanginoso durante varios años, murió el 16 de agosto de 1893 a consecuencia de un edema agudo de pulmón en el curso de un viaje de recreo.

De amplia cultura médica y artística, gran dibujante y hábil caricato, su agrio carácter no admitía oposición. De sus dos hijos, Jean-Baptiste, el único varón, fue obligado a estudiar medicina.

Los primeros escritos de Charcot abordaron diversos temas médicos, y a partir de su llegada a La Salpêtrière en 1862 se especializa en el entonces mal conocido terreno de las enfermedades atribuidas al sistema nervioso, a cuyo estudio intenta aplicar el método anatomoclínico de Laennec, pero desde 1878, debido a una reorganización del hospital que le hace asumir un pabellón de epilépticos auténticos que también incluía numerosos histéricos, se vio «sumergido en plena histeria».

Adoptando las ideas de Briquet, aplicó a la histeria el punto de vista descriptivo y metódico de la neurología. Quizá ese fue su error, pues pretendió fijar definitivamente las «reglas» del «gran ataque histérico», «válidas para todas las épocas, para todos los países, para todas las razas». La introducción de la metaloterapia de Burq, y, sobre todo, la de la hipnosis en 1878, unidas a su carácter despótico, conllevaron una serie de responsabilidades depositadas sobre unos ayudantes deseosos de mostrar al maestro los resultados que él quería ver, en un número restringido de pacientes exhibidas incluso en sesiones clínicas públicas que adquirieron habilidades de vedette, ejercidas en un clima de sugestión recíproca.

A raíz de una comunicación leída en la Academia de las Ciencias en 1882, *Sobre los diversos estados nerviosos determinados por la hipnotización en las histéricas*, se abrió la guerra con Bernheim y la escuela de Nancy, a quienes les parecía abusiva la asimilación de histeria e hipnosis, y que llegaron a hablar de «histeria cultural» y a considerar que las anestesias sensitivo-sensoriales descritas en La Salpêtrière estaban generadas hasta su más mínimo detalle por la sugestión ejercida por los charcotianos con sus métodos de exploración.

Las teorías de Charcot apenas le sobrevivieron, pero su papel dentro de la historia de la psiquiatría quizá no ha de verse como negativo. Tuvo el mérito de asentar la realidad de la histeria masculina y de llamar la atención sobre los síntomas de la histeria traumática. Indirectamente, su prestigio indujo que los médicos se interesasen por las neurosis y se promoviese el estudio de la psicología dinámica. Para su alumno Pierre Janet creó un laboratorio de psicología experimental, y los cuatro meses que Freud pasó en su Servicio entre 1885 y 1886 hicieron su aporte al ulterior desarrollo del psicoanálisis.

Jean-Martin CHARCOT

UN CASO DE HISTERIA EN EL VARÓN[2]

— 1887 —

SUMARIO

La histeria en el varón no es tan infrecuente como se suele pensar. — Papel desempeñado por el traumatismo en el desarrollo de esta afección: *Railway-spine.* — Perseverancia de los estigmas histéricos en los enfermos graves de ambos sexos[3].

Señores míos,

Hoy nos ocuparemos de la histeria en el hombre, y para circunscribir mejor este tema, consideraremos concretamente la histeria masculina de sujetos adolescentes o en la plenitud de la vida y ya entrada la madurez, es decir, en hombres de 20 a 40 años, y además consideraremos en especial la forma intensa, muy acentuada, la que responde a lo que en la mujer se llama «gran histeria»[4] o histeroepilepsia de crisis mixtas. Si me decido a abordar este tema, que he tratado ya muchas veces, es porque actualmente poseemos en el servicio de la clínica una colección verdaderamente notable de enfermos, que podré poner ante sus ojos y estudiar con ustedes. Tengo por objetivo, ante todo, hacer que

---

2. Fuente : Jean-Martin CHARCOT, *Leçons sur les maladies du système nerveux, faites à La Salpêtrière*, París, Progrès Médical / Delahaye et Decrosnie, 1887; Lección décimooctava : «À propos de six cas d'hystérie chez l'homme», tomo III, pp. 249-277. Seleccionamos la introducción de la lección y el caso I, pp. 249-263. Traducción: Héctor Astudillo del Valle.— Hubo otra traducción de este texto, realizada en 1890 por D. Manuel Flores y Pla en: J.-M. CHARCOT, *Lecciones sobre las enfermedades del sistema nervioso dadas en la Salpêtrière*, Madrid, Viuda de Hernando, 1890; y también una reedición parcial de la obra: *Lecciones sobre la histeria traumática*, Madrid, Nieva, 1989.

3. [Nota de CHARCOT; en adelante N. de CH.] Lección recogida por el Dr. Georges Guinon, interno del servicio.

4. La expresión francesa *grande hystérie*, no es fácil de traducir al español médico al uso. Se refiere a la histeria que cursaba con grandes ataques de agitación y presuntas convulsiones que imitaban los ataques del *grand mal* epiléptico, es decir, de las crisis generalizadas tónico-clónicas. Así pues, la traduciremos literalmente y entre comillas: «gran histeria».

reconozcan y, por así decir, que palpen ustedes mismos, la gran semejanza sintomática de la forma grave de esta neurosis en ambos sexos. Pues a medida que avancemos en la comparación que vamos a realizar, entre los síntomas de la «gran histeria» en la mujer y los de la misma en el hombre, tendremos que indicar a cada paso las analogías más sorprendentes, y tan sólo de manera dispersa algunas diferencias que, como ustedes verán, son de tipo absolutamente secundario.

Desde luego, esta cuestión de la histeria en el hombre está en cierto modo a la orden del día. En Francia, durante estos últimos años, ha preocupado mucho a los médicos. De 1875 a 1880, en la Facultad de París, se han dictado cinco conferencias inaugurales sobre la histeria en el hombre, y el doctor Klein, autor de una tesis realizada bajo la dirección del doctor Olivier, ha llegado a reunir 80 casos de esta afección[5]. Desde entonces han aparecido importantes publicaciones del doctor Bourneville[6] y de sus alumnos; de los señores Debove, Raymond, Dreyfus y algunos otros; y todos estos trabajos se demuestran, entre otras cosas, que los casos de histeria masculina pueden encontrarse con bastante frecuencia en la práctica habitual. Muy recientemente, la histeria masculina ha sido estudiada en América por los señores Putnam y Walton[7], sobre todo a consecuencia de traumatismos y más en concreto de accidentes ferroviarios. Los susodichos han admitido, con el señor Page, que se ha ocupado igualmente de esta cuestión en Inglaterra[8], que muchos de estos traumatismos designados con el nombre de *Railway-Spine* y que, según ellos, sería más adecuado llamar *Railway-Brain*[9], son al fin y al cabo, se trate de hombres o de mujeres, simplemente manifestaciones histéricas. Se comprende, por tanto, el interés que adquiere una cuestión semejante para el espíritu práctico de nuestros colegas de América. Las víctimas de los accidentes ferroviarios, lógicamente, piden indemnizaciones a las compañías. Hay pleitos; miles de dólares están en juego. Ahora bien, repito, a menudo la histeria entra en juego. Esos estados nerviosos[10], graves y persistentes, que

5. Se refiere a Auguste KLEIN, *De l'hystérie chez l'homme*, Tesis doctoral, París (1880).

6. Como ya se dijo en la p. 14, nota 28 del artículo de Gilles de la Tourette, Desiré-Magloire BOURNEVILLE (1840-1909), alienista y cirujano infantil, fue ayudante de Charcot entre 1871 y 1879.

7. [N. de CH.] I. PUTNAM, *Am. Journ. of Neurology*, 1884, p. 507. — WALTON, *Arch. of med*., 1883, t. X. [Hay una errata en el original: debería decir J. J. PUTNAM. Éste y G. L. WALTON, en USA, cerraron filas junto con el inglés Herbert PAGE para descubrir las simulaciones en las reclamaciones por accidente ferroviario. Ver: Frank J. SULLOWAY, *Freud, biologist of the mind: beyond the psychoanalytic legend*, New York, Basic Books, 1979, p. 37].

8. [N. de CH.] PAGE, *Injures of the spine and spinal cord without appearent mechanical lesion, and nervous shock*. Londres, 1885. [Herbert PAGE fue cirujano de la London and North West Railway, compañía lógicamente interesada en estudiar determinadas consecuencias médicolegales de los accidentes ferroviarios. Ver: Charles R. FIGLEY, *Trauma and Its Wake: The study and treatment of post-traumatic stress disorder,* New York, Brunner & Mazel, 1985, p. 10].

9. *Railway-Spine*, 'síndrome [de la médula] espinal de los accidentes ferroviarios'; Railway-Brain, 'síndrome cerebral de los accidentes ferroviarios'.

10. En los párrafos siguientes los términos 'nervioso' y 'nerviosos', significan más bien repercusiones psíquicas, que además a veces –pero no siempre– pueden expresarse mediante síntomas presuntamente neurológicos.

se presentan como resultado de las «*collisions*»[11] de este tipo y que hacen que a las víctimas les sea imposible ir al trabajo o dedicarse a sus ocupaciones durante periodos de varios meses o incluso de varios años, no son, a menudo, otra cosa que histeria, nada más que histeria. La histeria masculina es por lo tanto digna de ser estudiada y conocida por el médico forense, pues están en cuestión importantes intereses llevados ante un tribunal que tal vez se verá condicionado —circunstancia que dificultará la tarea— por el poco favor con que cuenta aún hoy, a causa de prejuicios profundamente arraigados, la palabra histeria. El conocimiento detallado no solamente de la enfermedad, sino también de las condiciones en las que se produce, será utilísimo en tal circunstancia, pues a menudo los trastornos se producen en ausencia de cualquier lesión traumática, simplemente como consecuencia de la conmoción neuro-psíquica que resulta del accidente, y con frecuencia no dan comienzo de inmediato tras el mismo; es decir, que en el periodo en el que una de las víctimas de la colisión, a la que se le ha roto una pierna, por ejemplo, ya esté curada tras una incapacidad laboral de tres o cuatro meses, otra estará bajo el efecto de traumatismos nerviosos que quizá le impedirán trabajar durante seis meses, un año o más, pero que tal vez aún no hayan alcanzado toda su intensidad. En este caso vemos lo delicada que es la función del médico forense, y es este aspecto médico-legal de la cuestión el que parece haber reanimado para nuestros colegas americanos el estudio de la neurosis histérica, hasta entonces tenían algo descuidada.

Así, como suele suceder habitualmente, a medida que la enfermedad se ha ido estudiando y conociendo mejor los casos han llegado a ser, en apariencia, cada vez más frecuentes y al mismo tiempo de análisis más sencillo. Les decía hace un momento que hace cuatro o cinco años el doctor Klein, en su tesis, había reunido ochenta casos de histeria en el hombre; pero tenemos el hecho de que a día de hoy el doctor Batault, que prepara en nuestro servicio un gran trabajo específico sobre este tema, ha podido recoger 218 casos del mismo tipo, de los cuales 9 pertenecen a nuestra clínica[12].

Así pues, la histeria masculina no es, ni mucho menos, excepcional. Pues bien, señores, si juzgo por lo que veo cada día entre nosotros, el diagnóstico de estos casos se les escapa incluso a médicos muy distinguidos. Se admite que un joven afeminado, tras excesos, penas o emociones intensas, pueda presentar algunos fenómenos histeriformes; pero que un obrero vigoroso, robusto, no maleado por la cultura, un maquinista de locomotora por ejemplo, que en modo alguno era sentimental anteriormente, al menos en apariencia, pueda como consecuencia de un accidente de tren, de una colisión, de un descarrilamiento, volverse histérico, con los mismos rasgos que una mujer, es algo inimaginable, según parecer general. Y sin embargo, nada se ha demostrado con mayor evidencia, y se trata pues de una idea a la que habrá que acostumbrarse. Tal cosa llegará, como ocurre para tantos otros principios que hoy están establecidos en todas las mentes

11. Al ir entre comillas y en cursiva, suponemos que cita la palabra inglesa, aunque en este caso coincida con la francesa (N. del T.).

12. [N. de CH.] E. BATAULT, *Contribution à l'étude de l'hystérie chez l'homme*, París.

como verdades demostradas, después de no haber encontrado otra cosa que escepticismo e ironía durante mucho tiempo.

Hay un prejuicio que sin duda contribuye en gran medida a obstaculizar la difusión de los conocimientos relativos a la histeria en el hombre: es la idea relativamente falsa que generalmente se tiene del cuadro clínico de esta neurosis en la mujer. En el varón, en efecto, la enfermedad se presenta a menudo como una afección que destaca por la permanencia y la invariabilidad de los síntomas que la caracterizan. En la mujer, por el contrario —y es esto sin duda lo que parece constituir la diferencia capital entre los dos sexos para quien no conoce a fondo la enfermedad en la mujer—, el rasgo que se cree característico de la histeria es la inestabilidad, la variabilidad de los síntomas. En la histeria, se dice entonces, basándose evidentemente en observaciones tomadas de la mujer, los fenómenos son variables, fugaces, y la caprichosa evolución de la afección está frecuentemente salpicada por cambios teatrales de lo más inesperados. Pues bien, señores, esta volubilidad, esta fugacidad no es ni mucho menos, se lo he mostrado con numerosos ejemplos, un carácter unívoco de la enfermedad histérica, aun tratándose de la mujer.

Sí, incluso en la mujer hay histerias con fenómenos duraderos, permanentes, extremadamente difíciles de modificar y que a veces resisten a cualquier intervención médica. Y los casos de este tipo son numerosos, muy numerosos, si bien es cierto que no constituyen la generalidad. Es este un punto sobre el que voy a volver. Pero por el momento, me contento con hacer que reparen tan sólo en que la estabilidad de los síntomas histéricos en el hombre y su cronificación impiden a menudo identificarlos como lo que son. Unos, ante la presencia de fenómenos que resisten a todos los modificadores terapéuticos, en el caso de que existan trastornos sensoriales con crisis nerviosas que simulen mejor o peor una crisis comicial, sospecharán, supongo, la existencia de una lesión orgánica central[13], de una neoplasia intracraneal o, si se trata de una paraplejia, de una lesión orgánica espinal. Otros llegarán a admitir de buena gana o incluso afirmarán que, en tales casos, no es posible que se trate de una alteración orgánica, sino que se trata simplemente de una lesión dinámica; pero ante la presencia de síntomas cuya durabilidad no concuerda con el cuadro de la histeria que ellos tienen en mente, pensarán que se tratará entonces de una enfermedad específica pero aún sin describir, y que merecerá un lugar aparte.

Me parece que un error de este tipo es el que ha sido cometido por los señores Oppenheim y Thomsen de Berlín[14], en una memoria que contiene por lo demás un gran

13. Es decir, cerebral.

14. [N. de CH.] *Arch. de Westphal*. Vol. XV. Fascículos 2 y 3.— [Robert THOMSEN (1858–1914), psiquiatra alemán que llegó a ser director del sanatorio privado de Hertz, en Bonn. Hermann OPPENHEIM (1858–1919), neurólogo alemán. Descubrió la amiotonía congénita (una ausencia del tono muscular) y la descripción del denominado reflejo –o signo– de Oppenheim (flexión dorsal de los dedos del pie, especialmente del dedo gordo, cuando se producía una frotación enérgica de arriba a abajo por la cara interna de la pierna), muy característico en las enfermedades de las vías piramidales. Definió además el concepto de neurosis traumática como entidad morbosa autónoma. Alumno de WESTPHAL, Oppenheim se mostró contrario a la teoría hístero-traumática de Charcot, a la que criticó en «Thatsächliches

número de casos interesantes y bien observados, pero no siempre bien interpretados, al menos en mi opinión. Estos señores han observado hemianestesia sensitiva y sensorial[15], semejante en todos los aspectos a la de las histéricas, en siete observaciones análogas a las de Putnam y Walton. En estos casos se trata de maquinistas, de jefes de tren o de obreros, víctimas de accidentes ferroviarios o de otros accidentes y que han padecido bien un golpe en la cabeza, bien una conmoción o un estremecimiento general. El alcoholismo o el saturnismo no están presentes en estos casos, y uno repara en que, a juzgar por las apariencias, en estos sujetos no hay lesión orgánica.

Tenemos aquí, por lo tanto, unos enfermos semejantes en todo a los de los señores Putnam y Walton; pero, contrariamente a estos últimos, los autores alemanes no quieren admitir que se trata de histeria. Para ellos es algo particular, no se sabe qué estado patológico aún sin describir, que necesita que le asignen un lugar aún sin determinar en los cuadros nosológicos. Los principales argumentos que proporcionan Oppenheim y Thomsen para apoyar su tesis son los siguientes: 1º.- La anestesia es persistente; no se ven esos cambios caprichosos que son *característicos* (?) de la histeria; permanece sin cambios durante meses e incluso años. 2º.- Otra razón que aducen es que el estado psíquico de los enfermos no es el de las histéricas. Los trastornos de este tipo, en tales enfermos, no tienen el aspecto cambiante y variable propio de la histeria. Los enfermos están más bien deprimidos, melancólicos de manera permanente, y sin grandes variaciones en un sentido o en otro.

Me es imposible, señores míos, unirme a las conclusiones de los señores Oppenheim y Thomsen, y espero demostrarles: 1º, que los trastornos sensoriales histéricos pueden, en la mujer, presentar una estabilidad notable, y que eso es lo más frecuente en el varón; y 2º, que en el varón en particular la depresión y la tendencia melancólica se observan más comúnmente en los casos de histeria más acusados, en los menos discutibles. Por lo general en él no se observan –cierto es, pero en absoluto constituye una característica distintiva de primer orden– esos caprichos, esos cambios de carácter y de humor que pertenecen más habitualmente, aunque no necesariamente sin embargo, a la histeria de la mujer.

---

und Hypothetisches über das Wesen der Hysterie [Hechos e hipótesis relativos a la esencia de la histeria]», *Nerven Klinik der Charite*, 1890, 27, p. 553; y *Die traumatischen Neurosen*, Hirschwald, Berlín. Fue también un vehemente opositor del psicoanálisis. Conocedor de estos trabajos sobre la histeria, el propio Freud quiso comprobar el fundamento de las críticas a Charcot, visitando en el hospital de la Charité (Berlín) a los enfermos citados por Oppenheim en dichos trabajos, pero ya no estaban allí (Cf. S. FREUD, «Informe sobre mis estudios en París y Berlín», en *Sigmund Freud. Obras Completas*, Buenos Aires, Amorrortu, vol. I, 1976, p. 12).].

15. En semiología neurológica, tanto en español como en francés, se entiende por 'sensitivo' (*sensitif*) lo percibido por la sensibilidad de la piel (dolor, calor, tacto, presión) más las sensaciones de dolor visceral, o sea, la sensibilidad propioceptiva. El término 'sensorial' (*sensoriel*) se reserva a los otros órganos de los sentidos (vista, oído, olfato y gusto), o sensibilidad exteroceptiva. Una 'hemianestesia' supone que queda abolida la sensibilidad –de una o de ambas características– en la mitad izquierda o derecha del organismo.

Pero ya es hora, señores míos, de dejar aquí estos preliminares para abordar el objeto principal de nuestra lección de hoy. Vamos a proceder por demostración clínica, estudiando en conjunto y con algunos detalles un cierto número de casos perfectamente caracterizados de histeria masculina. De paso, revelaremos las analogías y las diferencias que existen entre los fenómenos histéricos observados en el hombre y los que identificamos cada día en la forma clínica correspondiente en la mujer. Por último, tengo intención de presentarles, a modo de resumen, algunas consideraciones generales sobre la «gran histeria» estudiada en el sexo masculino.

Pero antes de tratar del hombre, quisiera recordarles de manera sumaria, por medio de dos ejemplos, hasta qué punto en la mujer los síntomas permanentes de la histeria, los estigmas histéricos, tal como tenemos costumbre de llamarlos por comodidad, pueden presentarse fijos, duraderos y, por consiguiente, exentos de esa volubilidad proverbial que se les atribuye y que se intenta convertir en la característica de la enfermedad. No les hablaré de seis u ocho «grandes histéricas» reunidas actualmente en nuestro servicio. Algunas de ellas presentan, desde hace meses o incluso años, una hemianestesia simple o doble que los modificadores terapéuticos más apropiados no pueden enmendar más que por algunas horas. Me limitaré a presentarles dos mujeres, auténticas veteranas de la histeroepilepsia que, libres desde hace algunos años de sus «grandes ataques», han salido desde entonces del servicio especial y ejercen en el hospicio las funciones de sirvientas. La primera, llamada L…, bien conocida en la historia de la histeroepilepsia y célebre en razón del carácter «diabólico» que presentaban sus crisis convulsivas, tiene hoy día la edad de 63 años. Entró en La Salpêtrière en 1846 y la hemos estudiado sin interrupción desde 1871. En aquel entonces se veía afectada, como lo está incluso hoy en día, por una hemianestesia derecha completa y total, sensorial y sensitiva, incluyendo el ovario del mismo lado, la cual durante este largo periodo de 15 años, no se ha visto modificada, *ni siquiera temporalmente*, sea mediante la acción, probada en diversas ocasiones, de los agentes estesiógenos[16], sea por el avance de la edad, sea por la menopausia. Hace cinco o seis años, en el periodo en el que nuestra atención se vio atraída más particularmente por las modificaciones que sufre el campo visual en las histéricas, identificamos en ella la existencia muy acusada de la reducción típica del campo visual, marcada en los dos lados pero mucho más pronunciada en el derecho. La repetición del examen una o dos veces por año desde este periodo nunca ha dejado de hacer patente la permanencia de esta reducción.

La otra enferma, llamada Aurel…, actualmente de 62 años de edad, y en la que los grandes ataques, a veces reemplazados por síntomas de angina de pecho, no han dejado de existir hasta hace tan sólo una decena de años, presentaba ya en 1851, tal como lo

16. Es decir, que provocaban un aumento de la sensibilidad. Se utilizaron imanes, placas metálicas y también preparados de cobre, hierro, plomo, oro o plata, tanto de uso externo como ingeridos. Grasset llegó a intentar una «xiloterapia», con discos de distintas maderas. Ver: Isaias PESSOTTI, *O século dos manicômios*, Sao-Paulo, Editora 34, 1996, p. 277.

prueba una nota muy valorable que data de ese periodo, la hemianestesia izquierda completa, total, sensorial y sensitiva, que, tal como pueden constatar, aún encontramos en ella hoy día, es decir, tras un largo periodo de 34 años. Esta enferma ha estado sometida a nuestra observación desde hace 15 años, y nunca ha dejado de estar presente la hemianestesia en cuestión a lo largo de nuestras exploraciones, repetidas con frecuencia. La reducción doble del campo visual, muy marcada en los dos lados, pero más pronunciada a la izquierda, que el examen campimétrico nos ha mostrado de nuevo estos días, existía ya en ella hace cinco años.

Con esto es suficiente, pienso, para mostrarles hasta qué punto en estas mujeres se han mostrado estables, permanentes, los estigmas cuya naturaleza histérica nadie se plantearía rebatir, y lo poco que corresponde esto a la idea, falsa por exceso de generalización, que se tiene normalmente de la evolución de los síntomas de la enfermedad.

Paso ahora al estudio de nuestros histéricos varones.

Observación I. — El hombre llamado Rig…, mozo de almacén, de 44 años de edad, entró en Salpêtrière el 12 de mayo de 1884, hace ya casi un año. Es un hombre alto, fuerte, musculoso; en otra época fue tonelero y aguantaba sin problemas un trabajo agotador. Los *antecedentes hereditarios* son muy dignos de ser señalados en este enfermo. Su *padre* todavía vive; tiene 76 años de edad. De los 38 a los 44, como resultado de preocupaciones y pérdidas de dinero, sufrió ataques de nervios sobre la naturaleza de los cuales el enfermo sólo puede ilustrarnos de manera poco precisa. Su madre, asmática, murió a los 65 años. El *tío abuelo* de la madre era *epiléptico* y murió a resultas de caerse en la lumbre durante una crisis. Las *dos hijas de este tío* eran igualmente *epilépticas*. Rig… ha tenido siete hermanos, que no presentan enfermedades nerviosas. Cuatro de ellos murieron; de los tres restantes, una hermana es asmática. Él mismo tuvo nueve hijos, de los cuales cuatro murieron de corta edad. De los cinco que todavía viven, *una hija de 15 años tiene crisis nerviosas; otra, de 10 años, sufre ataques de histeroepilepsia* que el Dr. Marie[17] ha constatado en este mismo lugar; por último están dos hijos varones que no presentan nada particularmente reseñable.

De entre los *antecedentes personales* destacaremos los siguientes hechos: De los 19 a los 29 años, el enfermo padeció un reumatismo articular agudo, sin lesiones cardiacas. El último ataque duró 6 meses, y es quizá al reumatismo al que hay que atribuir las deformaciones en las manos que se aprecian en él. Siendo niño era miedoso; su dormir se veía alterado por sueños y pesadillas, y además era sonámbulo. A menudo se levantaba durante la noche, trabajaba, y a la mañana siguiente se sorprendía mucho de encontrar hecha su tarea. Este estado se extendió de los 12 a los 15 años. Se casó a los 28. En los antecedentes no se advierten ni sífilis ni alcoholismo, aunque el enfermo haya sido tonelero. Llegó a

17. Pierre MARIE (1853-1940). Neurólogo francés. Uno de los más brillantes alumnos de Paul BROCA y de CHARCOT, fue colaborador de éste y más tarde de Joseph BABINSKY. Junto con Edouard BRISSAUD (1852-1909) fundó la *Revue neurologique*.

París con la edad de 32 años, trabajando al principio en el negocio de su padre, y después empleado como mozo de almacén en una fábrica de depuración de aceite.

En 1876, teniendo entonces 32 años, tuvo el primer accidente. Se hizo un corte bastante profundo con una cuchilla que estaba afilando, como muchas personas suelen hacer, en la cara anterior de su antebrazo. Se seccionó una vena y brotó la sangre; a causa de la hemorragia y del sobresalto, el enfermo cayó al suelo privado de sentido y de movimiento. Le costó tiempo recuperarse y permaneció dos meses con una profunda anemia, pálido y sin poder trabajar.

En 1882, por consiguiente hace tres años, estaba bajando una barrica de vino a la bodega cuando la cuerda que la sostenía se rompió; el tonel rodó por la escalera y lo hubiese aplastado inevitablemente si no hubiese tenido tiempo de tirarse a un lado; sin embargo, no lo hizo lo bastante lejos como para evitar una ligera herida en la mano izquierda. A pesar del miedo que sintió, pudo levantarse y ayudar a subir de nuevo el tonel. Pero cinco minutos después sufrió una pérdida de conocimiento que duró veinte minutos. Cuando volvió en sí, era incapaz de andar, hasta tal punto le flaqueaban las piernas, y se vieron obligados a llevarlo a casa en coche. Durante dos días, le fue absolutamente imposible trabajar; durante la noche, su sueño se veía alterado por visiones aterradoras e interrumpido por gritos: «¡ayuda…, estoy muerto…!». Revivía en sueños la escena de la bodega. Había vuelto no obstante a su trabajo cuando, *10 días después del accidente*, en mitad de la noche, sufrió su *primer ataque de histeroepilepsia*. Desde este momento los ataques se sucedieron más o menos con regularidad cada dos meses, y a menudo en el intervalo mediante, durante la noche, bien en los primeros momentos de sueño, bien al despertar, quedaba profundamente alterado por la visión de animales feroces.

Anteriormente, al salir de las crisis, se acordaba de lo que había soñado durante el ataque, fenómeno que hoy día ya no le ocurre. Estaba en un bosque sombrío, perseguido por bandidos o animales horribles, o bien la escena de la bodega pasaba ante sus ojos y veía barriles que rodaban hacia él y estaban a punto de aplastarlo. Nunca, según afirma, ni durante los ataques ni en los intervalos entre ellos, ha tenido sueños o alucinaciones de carácter alegre o agradable.

Durante este periodo fue a consultar a Sainte Anne. Se le prescribió bromuro de potasio, y esta medicación, dense bien cuenta de ello, jamás ha tenido la menor influencia sobre sus ataques, aunque el medicamento haya sido absorbido de manera continua y hasta la saturación.

Es en estas condiciones en las que Rig… fue admitido en Salpêtrière en el servicio clínico y, en el momento de su entrada, constatamos el siguiente estado:

El enfermo está pálido, anémico, tiene poco apetito, sobre todo de carne, prefiriendo en su lugar alimentos agrios; en resumen, el estado general es bastante poco satisfactorio. Los *estigmas histéricos* son muy claros en él. Consisten en una *hemianestesia en placas* de una gran extensión, *doble* en cuanto al dolor (pellizcos, pinchazos) y al frío. La anestesia sensorial sólo existe, por lo general, en un grado muy leve; el gusto y el olfato son normales: el oído no obstante está disminuido de modo notorio, sobre todo en el lado izquierdo; el enfermo

no oye mejor cuando se le aplica sobre el cráneo el objeto sonoro. En lo que concierne a la visión, los síntomas son muchos más claros y por sí solos bastarían, en cierto modo, para poder afirmar la naturaleza histérica de la afección. En efecto, presenta en ambos lados un estrechamiento notable del campo visual, más acentuado no obstante en el ojo derecho. Distingue todos los colores, pero el campo visual del azul se ha reducido más que el del rojo y ha pasado a estar dentro de este último, fenómeno que, cuando se encuentra, es completamente característico, por lo que yo sé, del campo visual de los histéricos y del que les he citado ejemplos tantas veces. Por último, y por acabar con los estigmas permanentes, en Rig… existen dos *puntos histerógenos*, uno de ellos cutáneo, situado por debajo de las últimas costillas flotantes del lado derecho; el otro, menos superficial, a la altura del hueco poplíteo del lado derecho, punto en el que el enfermo tiene un quiste espontáneamente muy doloroso. En Rig… no hay punto testicular. La presión ejercida sobre los puntos espasmógenos, sea de manera accidental o voluntaria, hace aparecer en el enfermo todos los fenómenos del aura histérica: dolor precordial, constricción en la garganta con sensación de bolo, pitidos en los oídos y latidos en las sienes, fenómenos estos dos últimos que constituyen, como saben, el aura cefálica. Estos puntos cuyo estímulo puede provocar el ataque con una singular facilidad, por el contrario, son sólo muy débilmente *espasmo-frenadores*, por servirnos de la terminología propuesta por el Dr. Pitres[18]; es decir, que la estimulación de los mismos, aun cuando sea intensa y prolongada, no detiene el ataque en proceso más que de una forma muy deficiente.

En el *estado mental* de Rig…, a día de hoy tanto como en el pasado, siempre son la ansiedad, el miedo y la tristeza los síntomas que dominan. No puede dormir en la oscuridad; en pleno día no se siente a gusto estando solo; es de una excesiva sensibilidad y siente un gran temor ante la vista o el recuerdo de ciertos animales tales como ratas, ratones o sapos, que por otra parte vuelve a ver en sueños muchas veces dentro de horribles pesadillas o de frecuentes alucinaciones hipnagógicas. Siempre está triste: «estoy harto de mí mismo», dice. En su caso, una cierta volubilidad psíquica queda reflejada en el hecho de que no puede dedicarse a nada y de que empieza y abandona con la misma facilidad cinco o seis tareas a la vez. Es inteligente y relativamente tiene bastante cultura. Por lo demás, posee un carácter amable y completamente desprovisto de malos instintos.

Los *ataques* son tanto espontáneos como provocados. Sea cual sea la forma en que se hayan originado, empiezan siempre con una intensa sensación de calor a la altura de los puntos espasmógenos, a la cual sucede en primer lugar el dolor epigástrico, a continuación la sensación de constricción en la garganta y la sensación de bolo, y por último el aura cefálica que consiste en pitidos en los oídos y latidos en las sienes. En este momento el enfermo pierde el conocimiento y el *ataque* propiamente dicho comienza. Éste se divide en *cuatro fases* muy claras y diferenciadas. En la primera, el enfermo esboza algunas

18. Albert PITRES (1848-1928), neurólogo francés, discípulo del propio Charcot y de Déjerine. Fue catedrático de Clínica Médica en Burdeos, donde implantó las ideas de Charcot, desarrollando en especial la teorización de presuntas zonas «histerógenas», «hipnógenas» e «ideógenas», que abandonó al morir su maestro.

convulsiones epileptiformes. A continuación llega la fase de los movimientos exagerados de reverencia, extremadamente violentos, interrumpidos de cuando en cuando por un arco de círculo absolutamente característico, dibujándose tanto hacia adelante (emprostótonos) como hacia atrás (opistótonos), tocando la cama solamente los pies y la cabeza mientras el cuerpo adquiere la postura de puente. Durante este periodo el enfermo profiere alaridos bestiales. A continuación viene el tercer periodo, que llamamos de las actitudes pasionales, durante el cual emite palabras y gritos relacionados con el delirio sombrío y las terroríficas visiones que lo persiguen. Unas veces es el bosque, los lobos, los horrendos animales; otras es la bodega, la escalera, el tonel que rueda. Por último recobra el conocimiento, reconoce a las personas que lo rodean y las llama por su nombre; pero el delirio y las alucinaciones persisten aún durante cierto tiempo; busca alrededor suyo y bajo la cama las bestias salvajes que le acechan; se examina los brazos, pensando que encontrará en ellos mordeduras de animales, que cree haber sentido. Más tarde vuelve en sí, el ataque ha finalizado, pero para reiniciarse –es lo que ocurre más a menudo– algunos instantes después, hasta que, tras cuatro o cinco ataques sucesivos, el enfermo recupera finalmente y por completo el estado normal. En el transcurso de esos ataques nunca se ha mordido la lengua y nunca se ha orinado en la cama.

Desde hace cerca de un año, R… está sometido al tratamiento de electroterapia estática, que en casos de este tipo, como saben ustedes, da a menudo buenos resultados; le hemos prescrito al mismo tiempo todos los tónicos, todos los reconstituyentes imaginables. Y sin embargo los fenómenos que acabamos de describir, estigmas permanentes y ataques, persisten tal cual, sin cambios apreciables; no parece, en suma, aun cuando cuenten ya con tres años de existencia, que vayan a modificarse alguna vez. Sin embargo, estarán de acuerdo todos ustedes en que se trata de un caso de histeroepilepsia con crisis mixtas (histeria epileptiforme), cuyas características aparecen con todo detalle; y que deja patente que la estabilidad de los estigmas, sobre la que hemos insistido suficientemente, no debe hacernos dudar ni un solo instante de nuestro diagnóstico.

Para acabar con el estudio de este caso, tan perfectamente paradigmático, todavía subrayaré a propósito del mismo algunas particularidades que seguramente habrán ustedes percibido al escuchar la historia clínica.

En primer lugar, señalaré particularmente la heredabilidad nerviosa tan ostensible en su familia: histeria en el padre, o al menos resultaría verosímil[19]; tío abuelo y primas hermanas de la madre, epilépticos; de las dos hijas, una histérica, la otra histeroepiléptica. Encontrarán frecuentemente, señores míos, estas circunstancias de herencia en el hombre histérico, más acentuadas aún quizá que en la mujer.

Les recordaré además de qué manera, en nuestro enfermo, se desarrollaron las manifestaciones histéricas como consecuencia y con ocasión de un accidente que puso en

19. Charcot parece «cargar la suerte»: más arriba se dijo solamente que el padre sufrió «ataques de nervios» durante unos pocos años a consecuencia de preocupaciones y quebrantos económicos, lo que parece distar del diagnóstico de histeria, salvo que se lo entienda con exagerada amplitud.

peligro su vida. ¿Acaso el traumatismo que fue consecuencia de éste –y se trata de una herida por lo demás bastante ligera en el dedo– hubiese bastado por sí solo para provocar el desarrollo de los síntoma nerviosos? Tal cosa es posible, pero yo no sería capaz de afirmarlo. Lo cierto en cualquier caso es que, junto al traumatismo, conviene tener en cuenta un factor que, con toda probabilidad, ha desempeñado en la génesis de los síntomas un papel mucho más importante que la herida en sí misma. Me refiero al miedo experimentado por el enfermo en el momento del accidente y que se ha traducido poco después en una pérdida de conocimiento seguida de una especie de paresia transitoria de los miembros inferiores. Este mismo elemento psíquico se encuentra también, aparte del traumatismo, en algunos de los casos descritos por Putnam, Walton, Page, Oppenheim y Thomsen, y su influencia sobre los mismos, a veces predominante, no podría dejarse de lado.

Esta misma circunstancia en el desarrollo de los fenómenos histéricos, como consecuencia y con ocasión de un «*shock*» con o sin traumatismo, pero en el que la conmoción ha tenido una importancia mayor, la volverán a encontrar, señores míos, en la mayor parte del resto de los enfermos que a continuación les presentaré.

Los casos que se van a tratar ahora, están en muchos aspectos como calcados del anterior; ello nos dispensará de entrar en largos desarrollos a propósito de los mismos.

Charles LASÈGUE (1816-1883)

Charles LASÈGUE[1] nació en París en 1816. Licenciado en Letras a los ventidós años e inmediatamente contratado como profesor de filosofía por el Liceo Louis-le-Grand, el joven Lasègue dio pronto un giro a su destino. De la mano de sus amigos Claude Bernard y Bénedict-Agustin Morel es presentado en el hospital La Salpêtrière a Jean-Pierre Falret que le despierta un gran interés por la «medicina mental». Se matricula en Medicina en 1839. Cinco años más tarde comienza la publicación de una serie de artículos sobre los *psychiker* alemanes, firmada en colaboración con Morel y que encuentra acogida en las páginas de *Annales médico-psychologiques*, estudio que desemboca en su tesis doctoral sobre las doctrinas de Stahl. Del vitalismo alemán –hacia el que profesó una actitud

1. Fuentes: Ramón ESTEBAN, «Comentario a: Charles LASÈGUE *De la folie à deux à l'hystérie et autres états*, París, L'Harmattan, 1998», *Revista AEN*, 2000, XX, 73, pp. 147-148; Pierre MOREL, *Dictionnaire biographique de la psychiatrie*, Le Plesis-Robinson, Synthélabo, 1996, pp. 149-150; Jaques POSTEL, *La psychiatrie (Textes essentiels)*, París, Larousse, 1994, pp. 191-192.

de aceptación crítica– conservó la idea de la especial relación que se establece entre el enfermo, el médico y la enfermedad; su personalidad rigurosa y reflexiva supo integrar los conceptos psicológicos en la observación cuidadosa de los datos clínicos, pero tuvo muy en cuenta que «observar no es percibir», manteniéndose siempre dentro de la lógica científica, sin idealizarla en exceso y sin caer tampoco en exageraciones metafísicas, actitudes ambas que consideraba extrañas a la ética profesional. Tras desempeñar durante unos años la inspección de los asilos parisinos, en 1850 es nombrado médico del «Dêpot municipal des alienés», inaugurando así una escuela que culminará en De Clérambault. Compatibilizando tal tarea médico-legal con la enseñanza y el ejercicio clínico, desde 1869 ocupa también la cátedra de Patología Médica de La Pitié. Muere en 1883, enfermo de diabetes. Un año después de su muerte, lo esencial de su obra escrita fue editada por Asselin en dos volúmenes titulados *Études médicales*.

Quienes han negado profundidad a Lasègue –quizá disperso entre su carrera como internista y sus peritaciones médicas– no han podido sin embargo dejar de reconocer su originalidad. Su amplia experiencia con la locura en el «Dêpot» y su vocación de alienista han dejado textos de obligada referencia para los estudiosos de la psicopatología. Imaginativo e inconformista, fue muy crítico con ciertos aspectos oscuros del tratamiento moral de Pinel. Sus referentes teóricos somáticos no le impidieron tampoco resistirse activamente y poner límites a la abusiva extensión del modelo de Bayle (la «parálisis general progresiva» sifilítica) al resto de la patología mental. Pionero en identificar y describir el delirio crónico de persecución (1852), lo fue también en otros campos de la nosología: la anorexia histérica (1873), el exhibicionismo (1877), la *folie à deux* (con Falret, también en 1877), la cleptomanía (fino diagnóstico diferencial datado en 1880, que es además un curioso apunte sociohistórico sobre la transformación de los comercios de la época en grandes almacenes), diversos artículos sobre la histeria (carácter, fantasías, sintomatología), etc. En cualquier relación de sus trabajos no podría dejar de destacarse el archiconocido «El delirio alcohólico no es un delirio sino un sueño», aparecido en *Archives générales de médecine* en 1881, en el que sale detalladamente al paso del modelo organicista de Moreau de Tours basado en las intoxicaciones por haschís, brindando al lector una inolvidable lección de agudeza exploratoria y capacidad de diferenciación sintomatológica.

Charles LASÈGUE

SOBRE LA ANOREXIA HISTÉRICA[2]

— 1873 —

En mi opinión, sólo llegaremos a establecer la historia de las afecciones histéricas estudiando aisladamente cada uno de sus grupos sintomáticos; tras ese previo trabajo de análisis, reuniremos los fragmentos y recompondremos el todo de la enfermedad. Enfocada en conjunto la histeria tiene demasiados fenómenos individuales, demasiados incidentes fortuitos como para que lleguemos a captar lo particular desde lo general.

Este procedimiento que sugiero, más que discutible si se aplicase a enfermedades limitadas en el tiempo, en el espacio o en sus localizaciones, o en lo referente a la modalidad de sus fenómenos, halla aquí un uso legítimo. Por mi parte, ya traté de fijar lo característico de la tos y de la catalepsia pasajera de naturaleza histérica[3]; otros autores han dedicado valiosas monografías a las hemiplejias, a las contracturas transitorias o duraderas, a la anestesia[4], etc. Me propongo abordar hoy un complejo sintomático observado con demasiada frecuencia como para ser un accidente excepcional y que, además, tiene la ventaja de hacernos penetrar en la intimidad de las disposiciones mentales de las histéricas.

Son numerosos los trastornos digestivos que aparecen en el curso de la histeria. Consisten en vómitos repetidos y a veces casi incoercibles, en dolores gástricos, hematemesis, estreñimientos o diarreas, singulares por su evolución o por algunas de sus características.

---

2. Fuente: Charles LASÈGUE, «De l'anorexie hystérique», *Archives générales de médecine*, 1873, abril, pp. 385-403. Incluido en: LASÈGUE, Ch., *Études médicales* (2 vols.), París, Asselin, 1884, t. 2, pp. 45-63. Traducción: Ramón Esteban Arnáiz.

3. Respectivamente, «De la toux hystérique», *Archives générales de médecine*, mayo 1854 (también en: LASÈGUE, Ch., *Études médicales*, ob. cit., t. 2, pp. 1-24), y «*Catalepsies partielles et passagères*», *Archives générales de médecine*, octubre, 1865 (también en: LASÈGUE, Ch., *Études médicales*, ob. cit., t. 1, pp. 899-918).

4. Quizá se refiere a Maurice MACARIO, «De la paralysie hystérique», *Annales médico-psychologiques*, 1844, París, Masson, pp. 62-82, en especial a su Epígrafe I, «Anesthésie hystérique», pp. 65-70. El propio LASÉGUE había abordado el tema en «Anesthésie et ataxie hystériques», *Archives génerales de médecine*, 1864, artículo también incluido en sus *Études médicales* (ob. cit., t. 2, pp. 25-44), inmediatamente antes del de la anorexia histérica.

Entre los síntomas graves, han captado la atención de los médicos sobre todo los vómitos de sangre. Las gastralgias, fenómenos puramente subjetivos, son mal conocidas, y los trastornos intestinales se prestan aún a más incertidumbres.

La estudios se han enfocado preferentemente hacia las extravagantes perversiones del apetito, cuyos ejemplos sobreabundan y cuyas variedades casi serían innumerables. Describiendo hechos singulares, casos de extraños gustos, se ha descuidado estudiar el auténtico estado mental de las enfermas, y todo se ha reducido a la improductiva conclusión de que las histéricas están sujetas a los desórdenes más inverosímiles de las funciones digestivas. No sería imposible, sin embargo, intentar una clasificación de estas anomalías; pero aunque me ha sido dado observar un gran número de ellas, no quiero hablar de eso aquí, ni siquiera incidentalmente.

El objeto de esta memoria es dar a conocer una de las formas de localización gástrica de la histeria lo bastante frecuente como para que una sola descripción no se convierta –como suele ocurrir con demasiada facilidad– en la generalización artificial de un caso particular; una forma clínica lo bastante constante en sus síntomas como para que los médicos que la han observado puedan comprobar la exactitud de mi descripción, y como para que no coja desprevenidos a quienes la encuentren a lo largo de su práctica. El nombre de anorexia podría ser sustituido por el de inanición histérica, que representaría mejor la parte más destacable de sus complicaciones. Sin por ello defenderla, he preferido la primera denominación precisamente porque se refiere a una fenomenología menos superficial, más sutil y precisa, y también más médica.

De las diversas etapas de que se compone la digestión, la mejor analizada por los pacientes y la menos estudiada por los médicos es, ciertamente, las ganas de comer, el gusto por los alimentos. Si bien el término anorexia se adopta generalmente para representar un estado patológico, no tiene correspondiente fisiológico, y la palabra orexia no pertenece a nuestro idioma. De ahí que nos falten expresiones para designar los grados o las variedades de la inapetencia; en éste como en otros terrenos, la pobreza del vocabulario se corresponde con la pobreza del saber.

En ciertos casos, el apetito desaparece sin que el enfermo experimente ninguna otra sensación más que la molestia de verse privado de un estímulo que le anime a comer. No experimenta repugnancia por la comida, y a menudo encuentra justificación el proverbio que pretende que el apetito viene comiendo.

En otras ocasiones, el enfermo experimenta una repulsión más o menos intensa hacia ciertos alimentos; en otras por fin, cualquier sustancia alimenticia provoca el rechazo. Por general que sea la inapetencia, siempre tiene una escala gradual, y los alimentos no son rechazados indistintamente con igual insistencia.

Por el contrario, existen afecciones, bien del estómago bien del sistema nervioso central, ya localizadas, ya diatésicas, que se acompañan de una sensación apetitiva ilusoria, recurrente en intervalos desiguales o a veces regulares. En algunas histéricas se observan accesos de este falso apetito exigente, imperioso, al igual que en algunos diabéticos. Casi siempre las enfermas, obedeciendo a una hipótesis teórica, parten de la idea de que su enfermedad se debe a la inanición, y creen que conseguirán conjurarla con la ayuda de

algún tipo de alimento, por poco que éste sea. La experiencia muestra que dos gotas de láudano valen más para apaciguar el hambre imaginaria que la ingestión de alimentos.

A la sensación exagerada de apetito, a la suposición de que el alimento calmará la necesidad, corresponden en sentido inverso un apetito disminuido y la convicción de que la alimentación será perjudicial. El enfermo se comporta entonces, como en el primer caso, de acuerdo con una hipótesis instintiva. Si es dócil, deseoso de ser liberado de su temor, busca y adquiere la certeza de que su salud gana más manteniendo la alimentación, libre de sufrimiento, o bien de que sus aprensiones estaban mal fundadas. Si es rebelde, preocupado ante todo por evitar un dolor hipotético, temeroso de antemano, mantiene esa manera de tratarse a sí mismo y se abstiene de comer. Tal es el caso de las histéricas cuya historia voy a intentar describir. Los historiales comprenden varios años y son imposibles de contar; por tanto, en lugar de reseñar acontecimientos particulares creo que más vale presentar un esquema en cierto modo paradigmático de la enfermedad.

Una joven entre quince y veinte años experimenta una emoción que confiesa o que disimula. Lo más frecuente es que se trate de un proyecto real o imaginario de matrimonio, de una contrariedad relativa a alguna amistad o incluso a alguna aspiración sentimental más o menos consciente. Otras veces nos vemos reducidos a hacer conjeturas sobre la causa ocasional, sea porque la joven tenga interés en encerrarse en el mutismo tan habitual de las histéricas, bien porque en realidad ella misma ignore la causa principal, y veremos que entre sus múltiples causas muchas pueden pasar desapercibidas.

La paciente siente al principio un malestar después de las comidas: vagas sensaciones de plenitud, de angustia, gastralgias *post prandium* o quizá ya desde el principio de las comidas. Ni ella ni quienes la rodean le dan importancia, no produce ninguna incomodidad duradera.

Al día siguiente se repite la misma sensación, aún insignificante pero pertinaz, y así continúa durante varios días. La enferma se dice entonces a sí misma que el mejor remedio para esta molestia difusa, particularmente penosa, consiste en comer menos. Hasta aquí nada extraordinario, no hay gastrálgico que no haya sucumbido a esta tentación hasta que llega el momento en que adquiere la certeza de que la inanición consiguiente no sólo no le produce ningún provecho sino que agrava sus sufrimientos. En la histérica las cosas ocurren de otro modo. Poco a poco reduce su alimentación, tan pronto pretextando un dolor de cabeza como una desgana momentáneo, o bien ante el temor de que se repitan las sensaciones dolorosas que siguen a sus comidas. Al cabo de unas semanas ya no son repugnancias presuntamente pasajeras sino que hay un rechazo de la alimentación que se prolongará indefinidamente. La enfermedad se ha declarado y seguirá su marcha tan fatalmente que resulta fácil pronosticar su futuro.

¡Desgraciado el médico que, desconociendo el peligro, considere como una fantasía inmotivada y pasajera esta obstinación a la que espera dominar mediante medicamentos, consejos amistosos, o mediante el recurso aún más equivocado de la intimidación! Con las histéricas un error prematuro del médico jamás se puede arreglar. Al acecho de las

valoraciones que sobre ellas se hagan, sobre todo de aquellas con las que la familia esté de acuerdo, las histéricas no perdonan, y considerando que se han iniciado las hostilidades se atribuyen el derecho de continuarlas con una tenacidad implacable. En este periodo inicial la única conducta prudente es observar, callarse y darse cuenta de que cuando la inanición voluntaria data ya de semanas atrás se ha convertido en un estado patológico de evolución larga.

Para apreciar en su valor los distintos elementos que concurren en la eclosión de la enfermedad, es importante someter cada uno de ellos a un minucioso análisis.

El dolor gástrico, que es o parece ser el punto de partida, merece especialmente que nos detengamos en él. Varía de intensidad, desde una sensación confusa de presión hasta una especie de retortijón estomacal que se acompaña de desfallecimiento, palidez, sudores y hasta escalofríos; no hay vómitos ni ganas reales de vomitar, ni siquiera en los casos extremos; sólo la enferma pretende que un grado más provocaría vómitos.

Si nos atenemos a las apariencias, las crisis dolorosas no difieren en nada de las que se tiene tan frecuente ocasión de observar en todas las afecciones del aparato digestivo. La alimentación es lo que las determina, no teniendo lugar fuera de las comidas. Si así fuese nos faltarían signos diferenciales y estaríamos reducidos a añadir la gastralgia a la ya demasiado numerosa lista de las neurosis histéricas localizadas.

La sensación dolorosa no sólo se presenta por el hecho de alimentarse, sino que persiste más o menos intensa en los intervalos entre las comidas, a veces insignificante, a veces más incómoda, a veces tan atenuada que la enferma experimenta un malestar general sin poder asignarle un punto fijo. Cualesquiera que sean su forma, lugar y grado, ¿la sensación molesta se debe a una lesión gástrica o no es sino la expresión refleja de una alteración del sistema nervioso central? No creo que la solución se preste a dudas desde el momento en que se plantee tal cuestión.

Al inicio de un gran número de enfermedades cerebroespinales encontramos angustia precordial, sensación de presión, espasmos epigástricos, que también ocurren por igual con ocasión de emociones fugaces. No hay nadie entre nosotros que no haya sentido esta especie de ansiedad y no la haya puesto en relación con la causa moral concreta que la hubiese producido. Pero pensemos, por el contrario, en un individuo que sea súbitamente presa de una constricción epigástrica sobrevenida sin motivo apreciable: es tal su malestar que provoca inquietud. El enfermo se pregunta de dónde puede provenir esta rara sensación, y el delirio de los perseguidos comienza a veces por una búsqueda semejante de explicación. Suponiendo que la afectación encefálica no conduzca a tan graves consecuencias, la primera hipótesis del enfermo y la más natural es que sufre de una enfermedad del estómago. Toda la ansiedad epigástrica, con la aprensión y el semivértigo que comporta, aumenta al comer, razón de más para creer en la existencia de una irritación gástrica.

Las características de esta gastralgia de causas reflejas no son imposibles de discernir, por raras que sean las circunstancias en que nos es dado observarlas.

Se distingue de las irritaciones dolorosas del estómago: porque no está exactamente localizada y porque conlleva una inquietud muy especial, porque es repentina y no ha sido

antecedida por trastornos gradualmente crecientes de la digestión y porque tampoco se sigue de alteraciones dispépticas; porque las funciones intestinales permanecen indemnes salvo un estreñimiento habitual pero fácil de vencer; porque la naturaleza de los alimentos no tiene influencia sobre las crisis, y por fin, porque el tipo de dolor, cuando existe en realidad, no tiene analogía con los sufrimientos gástricos ocasionados por cualquier lesión por muy leve que ésta sea.

Desde el momento en que uno está seguro de la naturaleza de la molestia ha hecho un progreso importante en el establecimiento del diagnóstico. Jamás se insistirá lo suficiente sobre estas neurosis de los órganos esplácnicos y sus relaciones con ciertos estados cerebrales.

Tras algunas indecisiones de corta duración, la histérica no duda en afirmar que la única forma en que puede sentirse bien consiste en abstenerse de comer. De hecho, los remedios apropiados para las otras gastralgias son aquí absolutamente ineficaces, por mucho celo que el médico y el enfermo pongan en utilizarlos. Una razón de orden distinto, de esas que juegan siempre un papel preponderante en la histeria, interviene también. La enferma no tiene hambre, ha perdido esa sensación, y para consentir en alimentarse le sería preciso vencer el miedo al dolor que le evocan o incluso le provocan los alimentos apetitosos; absteniéndose de comer satisface por el contrario dos inclinaciones a la vez. Todas las manifestaciones histéricas, si existían, se suspenden a partir de esta primera fase. Lejos de debilitarse o entristecerse, la enferma despliega una especie de entusiasmo que no le era habitual; casi se podría decir que toma precauciones para las fases ulteriores y que prepara argumentos que luego no dejará de emplear.

La repugnancia a alimentarse continúa su marcha lentamente progresiva. Las comidas se reducen cada vez más; por lo general sólo una de ellas podría calificarse como de alimenticia, bien el desayuno o bien la cena. Casi siempre la enferma suprime sucesivamente diferentes clases de alimentos, el pan, la carne, ciertas legumbres. A veces consiente en remplazar un alimento por otro, al que dedica una predilección exclusiva durante algunas semanas, por ejemplo el pan, los bizcochos o las galletas, tras de lo cual renuncia también a éstos, sustituyéndolos o no por otros.

Las cosas se prolongan así durante semanas y meses sin que el estado general se vea desfavorablemente influenciado; la lengua se mantiene limpia y fresca, no hay sed. El estreñimiento pertinaz cede ante laxantes suaves, no hay retracción abdominal, el sueño permanece más o menos regular. No hay adelgazamiento aunque la alimentación represente apenas la décima parte del régimen acostumbrado de la enferma.

Bien conocemos la capacidad de resistencia de la salud general de las histéricas como para que nos extrañe verlas soportar sin daños una inanición sistemática a la cual no se expondrían impunemente mujeres más robustas. Hay que tener en cuenta de todas formas que la disminución de la alimentación se ha hecho gradualmente y sin brusquedad; por tanto, el organismo se habitúa más fácilmente de lo que pudiera parecer a esta disminución de la alimentación. Todos nosotros hemos hecho la prueba en carne propia durante el asedio de París, y también constatamos que la dieta a la que se vieron reducidos los pobres no alteró sensiblemente su salud.

Otro dato igualmente observado es que, lejos de acabar con la fuerza muscular, la disminución de los alimentos tiende a aumentar la aptitud para el movimiento. La enferma continúa sintiéndose más activa, más ágil: monta a caballo, emprende largos paseos, recibe y devuelve visitas, y lleva en caso de necesidad una vida mundana fatigosa, sin acusar el cansancio del que se quejaría en otras ocasiones anteriores.

No hay signos visibles de clorosis[5] o de anemia, o al menos no estamos autorizados para decir que el ayuno los haya provocado, pues la mayor parte de estas enfermas ya eran antes más o menos cloro-anémicas.

Aunque no varíe la situación en cuanto a la anorexia y al rechazo de alimentos, las medidas que toman quienes las rodean se modifican a medida que el mal se prolonga, y paralelamente el estado mental de la histérica se va manifestando.

El médico ha perdido hace ya tiempo su autoridad moral, tanto si había prometido una rápida curación como si había sospechado la mala voluntad de la enferma. Sin embargo, la paciente no rechaza la toma de ningún medicamento. Cuanto más invencible se muestre respecto al rechazo de la alimentación, tanto más dócil se mostrará ante los remedios más molestos. He visto a algunas capaces de roer trozos de ruibarbo pero que bajo ningún concepto hubiesen probado una chuleta. Los estimulantes gástricos más activos, los purgantes benignos o drásticos, las aguas minerales digestivas, no surten efectos útiles ni perjudiciales. Lo mismo ocurre con los ambientadores estimulantes, gomas fétidas, valeriana, hidroterapia, duchas de temperatura variada, y lo mismo con los reconstituyentes, los ferruginosos, los vesicatorios, etc. Sólo los laxantes tienen utilidad para suprimir el estreñimiento; los otros agentes ni siquiera procuran una atenuación de la anorexia.

Cuando al cabo de unos meses la familia, el médico, los amigos, ven la persistente inutilidad de todos sus esfuerzos, la inquietud comienza y con ella el tratamiento moral, y es en ese momento cuando va a manifestarse la perversión mental, que en sí misma es característica y que justifica el nombre de *anorexia histérica* que he propuesto a falta de otro mejor[6].

---

5. La clorosis, conocida desde tiempos hipocráticos y muy frecuente a finales del siglo XIX, fue desapareciendo a lo largo del primer tercio del XX. Era una enfermedad propia y exclusiva de las jóvenes, manifestándose por lo general entre los 14 a los 24 años, con evolución insidiosa. La sintomatología se caracterizaba por el color amarillo-verdoso de su piel (*khlorós*, 'amarillo' en griego), la palidez de uñas y labios y la astenia. Solían añadirse cefaleas, palpitaciones, ahogos, dolores difusos, amenorrea, dismenorrea, somnolencia, falta de apetito y alteraciones gastrointestinales. Relacionada con el enamoramiento pero asimilada a las anemias, solía ser tratada tratada con productos ferruginosos. En el debate acerca de su desaparición, Gregorio Marañón dudaba de su existencia como especie morbosa propiamente dicha: «[cabe preguntarse si] esta enfermedad que ha figurado en millones de diagnósticos de médicos clásicos; que ha influido tanto en la vida de la mujer –y por tanto del hombre– durante varios siglos; que ha enriquecido a tantos farmacéuticos y propietarios de aguas minerales; que ha hecho exhalar tantos suspiros de jóvenes enamoradas y movido la inspiración de tantos poetas; si la clorosis, en fin, no ha existido jamás» (MARAÑON, G., «El problema de la Clorosis. ¿Ha desaparecido o no ha existido jamás?», en *Conferencias*, Madrid, Instituto del Libro Español, 1936, vol. 2, p. 8.

6. El mismo año que Lasègue publicó este estudio sobre la anorexia, William Withey GULL (1816, Saint Leonards, Colchester - 1890, Londres), uno de los más famosos médicos ingleses de finales del XIX

Los miembros de la familia no tiene a su alcance más que dos métodos que siempre emplean hasta el agotamiento: rogar o amenazar, y tanto el uno como el otro sólo sirven para sacarles de quicio. Multiplican las exquisiteces gastronómicas con la esperanza de despertarle el apetito, y cuanto más aumenta su solicitud el apetito más disminuye. La enferma prueba desdeñosamente los nuevos manjares, y tras haber mostrado así su buena voluntad se considera libre de la obligación de ir más allá. Le suplican, le piden por favor, como suprema prueba de afecto, que se pliegue a añadir una sola cucharadita más a la comida que da por concluida. Y el exceso de insistencia provoca un exceso de resistencia. Es una ley bien conocida y conforme a la experiencia de todos nosotros que el mejor medio de doblegar la terquedad de las histéricas es filtrar la suposición más o menos explícitamente expresada de que, si quisieran, podrían por sí mismas dominar sus enfermizos impulsos. Pero una sola concesión les haría pasar de la condición de enfermas a la de niñas caprichosas, así que una concesión tal, mitad por instinto, mitad a propósito, no la harán jamás.

La anorexia se convierte poco a poco en el único tema de preocupación y conversación familiar. Se forma así alrededor de la enferma una especie de atmósfera que la envuelve y a la cual no escapa en ningún momento del día. Los amigos se unen a los padres, cada uno contribuye a la tarea común según su propio carácter o el grado de su afecto. Ahora bien, hay otra ley no menos inexorable que consiste en que la histeria experimenta la influencia del entorno y que la enfermedad se amplía o se reduce en función de que aumente o disminuya la intensidad emocional en el círculo afectivo de la paciente. La culpa no es solamente de un vicio patológico del carácter. Las histéricas no pueden sustraerse permanentemente mediante un esfuerzo voluntario al dominio ejercido sobre ellas por esas sensaciones que recuerdan en más de un aspecto a las percepciones de los hipocondríacos y a las ideas delirantes de los alienados. Como mucho llegan a olvidarlas a intervalos, como dejando que algo las distraiga, y esas son las únicas treguas que la enfermedad les concede. Cuanto más se dirija su atención sobre los síntomas, más se acrecienta en ellas la sensación de enfermedad. Al cabo de un tiempo variable de persistir en esta funesta concentración, la enferma entra en una nueva fase: cristalizado su tema, lo sistematiza a la manera de algunos alienados y ya no busca más argumentos; sus respuestas se vuelven así más uniformes que las preguntas.

Sin embargo, ante todos los que han participado en esas dolorosas escenas familiares, el carácter de enfermedad no parecerá suficientemente claro ni demasiado sombrío; dejan de suplicar a la paciente y le exigen que se alimente. Nueva tentativa más infructuosa aún que las precedentes.

---

por su proximidad a la Familia real, presentó en Oxford, ante la British Medical Association, el cuadro clínico de lo que denominó «anorexia nerviosa». Los cuadros-tipo descritos por Gull y Lasègue resultan muy similares. La fama de Gull se acrecentó a finales del pasado siglo con la publicación de la novela de Stephen Knight *Jack the Ripper: The Final Solution* (1976), en cuya trama fantasiosa se proponía que tras la figura de tan insigne médico se ocultaba el malvado Jack el Destripador.

¿Qué podemos decir a la enferma? ¿Que no puede vivir con una cantidad de alimentos que sería insuficiente incluso para un niño pequeño? Ella nos responde que su alimentación le basta y, aún más, que ni ha cambiado ni ha adelgazado, y que no se le ha visto jamás hurtarse a una tarea ni a esfuerzo alguno; ella sabe mejor que nadie lo que necesita y además le sería imposible tolerar una alimentación más abundante.

¿Que la inanición le causará a la larga una enfermedad del estómago? La histérica responde que jamás se ha sentido mejor, que no le duele nada, y que semejantes temores serían contraproducentes para su bienestar.

En esta fase, los dolores del comienzo se han atenuado o han desaparecido, y si reaparecen es sólo tras largos intervalos o son de intensidad fácilmente tolerable. Un argumento más a favor del régimen al cual la enferma achaca su mejoría.

Su ayuno, por otro lado, no es absoluto y nada tiene en común con el rechazo de los alimentos que hacen los melancólicos. La anorexia no se agrava y sobre todo no se ha transformado en un rechazo análogo al que sufren algunos tísicos y muchos cancerosos. La enferma asiste voluntariamente a las comidas familiares con la condición de que se le permita comer a su gusto.

Lo que domina en el estado mental de la histérica es ante todo una tranquilidad –yo diría casi una placidez– verdaderamente patológica. No sólo no suspira por la curación, sino que se complace en su condición a pesar de todas las contrariedades que le suscita[7]. No creo que sea excesivo comparar esta seguridad satisfecha con la obstinación del alienado. Si nos fijamos en el resto de las anorexias veremos cuánto difieren de ésta. Incluso con la mayor repugnancia, el canceroso espera y solicita un alimento que le despierte el apetito, está dispuesto a cualquier tentativa aunque sea incapaz de triunfar sobre su asco. El dispéptico sin lesión orgánica se las ingenia para variar su régimen ayudándose por todos los medios, y se queja con la amargura habitual de los que sufren dolor de estómago. En la anorexia histérica no hay nada semejante; por el contrario, un optimismo inexpugnable contra el que vienen a estrellarse súplicas y amenazas. «No me duele; por lo tanto me encuentro bien», esa es la fórmula monótona que sustituye a la precedente: «No puedo comer porque entonces me duele». Tantas veces he oído repetir a las enfermas esta frase que ahora representa para mí un síntoma, casi un signo.

Si otorgo al estado mental una importancia que parecerá quizá exagerada es porque toda la enfermedad se reduce a esa perversión intelectual: suprímanla y tendrán ustedes una afección banal destinada a ceder a la larga ante los procedimientos clásicos del tratamiento; llévenla a sus extremos y jamás irán muy lejos: tendrán ante ustedes una dispepsia completamente diferente a todas las demás, que sigue un curso determinado y que no podrá ser conjurada por los métodos habituales.

---

7. Este pasaje de Lasègue constituye probablemente la observación más aguda de la clínica clásica sobre la cara gozosa del síntoma. A partir de que Freud desarrollara su teoría del síntoma como satisfacción sustitutiva (sufrimiento para el Yo y goce para el inconsciente), este tipo de observaciones ya no resultan sorprendentes, como sin duda lo fueron cuando Lasègue escribió este texto.

Por otra parte, no creo que la histeria gástrica haga excepciones: en las otras localizaciones histéricas se encuentra al menos la misma indiferencia, por incómodas y penosas que sean en apariencia sus manifestaciones. La histérica con tos convulsiva no insiste para que la libremos de un espasmo molesto y a veces ridículo: se queja en unión de los que la compadecen, pero cuando se trata de luchar activamente contra el mal aporta al tratamiento más descuido que celo. Hay también parapléjicas condenadas al reposo absoluto y que consienten en vivir así sin exigir del médico, cansado por inútiles tentativas, que recurra a métodos más drásticos.

Con otros dos colegas he estudiado un caso raro que tiene bien manifiesta la característica que intento subrayar ante ustedes. Se trataba de una joven de veinte años, presa de espasmos de laringe a raíz de unos ejercicios de canto. El dolor, si es que la sensación merecía ese nombre, era inconstante, inexplicable, pero especialmente molesto; desde el primer momento la enferma dejó de cantar, con obstinación y sin querer someterse a nuevos tratamientos que de antemano consideraba estaban por encima de sus posibilidades. Sólo quería cuidarse con la condición de que no se le exigiese un nuevo esfuerzo. Los tratamientos más razonables no surtieron efecto. La enfermedad ya duraba cerca de un año.

Los mismos fenómenos semidolorosos se reprodujeron no ya cantando sino por el simple hecho de hablar, igual de vagos e igual de descorazonadores. La enferma se entregó a un mutismo completo, prefiriendo escribir en una libreta antes que articular palabra. Se confinó así en un aislamiento voluntario que suprimía toda relación con los suyos y con el mundo, escribiendo entre otros pensamientos que su situación le parecía intolerable, sin rehusar ningún medicamento pero incapaz de decidirse a hablar pese a la persistente presión de su entorno. Interrogada con comprensible insistencia sobre la naturaleza del obstáculo ante el cual retrocedía, respondió que su sufrimiento nada tenía de enorme, pero que no se sentía con fuerzas para dominarlo. Cuando por infrecuente condescendencia articulaba una o dos palabras, su voz era sonora, bien timbrada y no acusaba ninguna lesión; la laringe, minuciosamente explorada, estaba por demás indemne.

Ahora bien, las ocasiones de estudiar enfermas afónicas, enronquecidas, incapaces de hablar sin sufrimientos diversos, son tan frecuentes como las que tenemos de ver dispépsicas con anorexia. ¿Se encuentra una sola vez la particularidad que he mencionado fuera de los estados histéricos, con conservación completa de la voz y rechazo no menos completo a enfrentarse a una molestia que parece exclusivamente local?

Del mismo modo, en jóvenes histéricas de edad más cercana a la pubertad he visto aplicarse a otras funciones tan poderosa inercia. En una enferma de dieciséis años que había sufrido varios ataques clónicos, la marcha y hasta la bipedestación provocaban, según decía, sensaciones dolorosas de los miembros inferiores y un malestar general indefinible; no existía debilitamiento muscular apreciable.

Sin embargo, la niña empezó a restringir sus movimientos: únicamente abandonaba la cama para dar algunos pasos; después, sólo consentía en dejarse trasladar de la cama a un sillón en el que permanecía sentada algunas horas; más tarde, finalmente, se condenó a un decúbito absoluto noche y día, y así estuvo durante más de dieciocho meses.

En este caso, al revés que en el de la fonación y el de la alimentación, se podía recurrir a una especie de gimnasia pasiva, levantar a la enferma, mantenerla de pie, hacerla andar sosteniéndola. Se repitió tal experiencia incalculable número de veces y siempre con el mismo fracaso. La familia se inquietaba pese a las seguridades que los médicos le ofrecían, pensando en una paraplejía; algunos médicos dudaban de su naturaleza histérica ante la persistencia del mal. La niña siguió igual durante el largo periodo que indiqué más arriba, curando tras una lenta mejoría atribuida a baños de mar calientes.

En la histeria, en la hipocondría, en gran número de enfermedades del sistema nervioso central, observamos temores aprensivos desproporcionados respecto al dolor que pueda aparecer. A primera vista, esto se explica por lo que llamamos una susceptibilidad exagerada; se admite que el enfermo aumenta desmesuradamente la importancia del mal y que se inquieta debido a su propia teoría sobre el mismo. Suponiendo que así fuera, ya esto se trataría de una actitud mental patológica reservada a los enfermos imaginarios; pero las cosas ocurren de otro modo. Cada sensación local se acompaña de un malestar general, de una perturbación imposible de describir, de un sentimiento de colapso, de desfallecimiento tanto más penoso cuanto más confuso, y cuyo valor no se sabe bien con qué criterio medir. Todos hemos experimentado más o menos un efecto análogo al principio de una indigestión, como preliminar de un vómito, como primera señal de inicio de cualquier enfermedad.

Es cierto que la molestia estomacal de las histéricas no se reduce a una simple gastralgia, sino que forma parte de un conjunto de síntomas inquietantes. La prueba es que cuando después de administrar un medicamento el estómago está irritado, dolorido, la enferma no confunde este dolor, por así decirlo, artificial, con los que anteriormente había sentido. Eso es característico de los dolores reflejos, y me basta recordarlo sin extenderme más allá en la descripción del fenómeno.

Durante esta segunda fase ya establecida (falta de apetito, temor a una sensación indefinida, rechazo absoluto y creciente de colaborar a los intentos de alimentarla), la enfermedad se mantiene invariable. La obstinación dura meses, cuando no años. En un caso en el que sucedí como médico a uno de nuestros maestros, la enferma había recibido cuidados asiduos durante dieciocho meses y, con una indolencia mezclada con un punto de causticidad, repetía la conversación invariable que se producía dos veces al día entre ella y su médico:

—Mi niña, ¿ya te has decidido a comer algo?

—Doctor, he hecho lo que he podido, pero no lo he conseguido.

—Sigue esforzándote y todo irá bien.

Por fin, la tolerancia del organismo, por maravillosa que sea en las histéricas, se extingue y la enfermedad entra en el tercer estadio.

La menstruación, hasta entonces escasa, irregular, deja de producirse, y se manifiesta la sed. Esos son habitualmente las primeras advertencias de inminentes complicaciones. La exploración objetiva permite detectar una retracción de las paredes abdominales que hasta entonces no existía; la palpación indica una disminución progresiva de la elasticidad, síntoma habitual de los ayunos prolongados. La región epigástrica se hace dolorosa

a la presión, aunque la enferma no se queja de dolores espontáneos. El estreñimiento pertinaz ya no cede a los purgantes. La piel está seca, rugosa, sin elasticidad. El pulso, acelerado.

El adelgazamiento hace rápidos progresos y con él aumenta la debilidad general. El ejercicio se vuelve trabajoso y la enferma procura permanecer siempre tumbada; cuando se levanta siente vértigos, tendencia a encontrarse mal, o incluso sufre crisis sincopales. El rostro está pálido, sin decoloración de los labios. Se ausculta un soplo cardiovascular casi constante, de causa anémica, que a menudo había precedido a la enfermedad y que raramente deja de aparecer en sus fases avanzadas. Esta descripción contiene casi todas las variaciones individuales que observamos. A veces predomina el adelgazamiento, a veces la debilidad, a veces el estado anémico con su cortejo de síntomas locales o generalizados; excepcionalmente, aparecen síntomas nerviosos espasmódicos, neuralgias, etc.; los síntomas activos parecen borrarse a medida que disminuye las fuerzas vitales.

La aparición de estos signos, cuya gravedad a nadie se le escapa, redobla las inquietudes; los amigos, los padres, tienden a ver la situación como desesperada. Que nadie se extrañe de que en contra de la costumbre ponga siempre en paralelo el estado morboso de la histérica y las preocupaciones de su entorno. Ambos términos son solidarios, y se tendría una noción errónea de la enfermedad limitando el examen a la enferma. Desde el momento en que interviene un elemento moral cuya existencia está aquí fuera de dudas, el medio en que vive la enferma ejerce una influencia que sería tan lamentable omitir como desconocer. La aflicción verdadera, sincera, ha sucedido a las reprimendas tanto por la fuerza de los sentimientos como por las necesidades que inspiran las complicaciones aparecidas, se concede a la histérica el *status* de enferma, no pertenece ya al libre curso de la vida en común.

Me ha parecido que este cambio inconsciente en las posiciones respectivas de la enferma y de sus familiares desempeñaba un gran papel. La joven comienza a inquietarse ante la tristeza que la rodea, y por primera vez su indiferencia satisfecha la desconcierta: llega el momento en que el médico vuelve a echar mano de su autoridad, si es que tuvo cuidado en conservarla en previsión del futuro; ahora el tratamiento no es aceptado con condescendencia pasiva sino acogido con una apetencia que la enferma aún intenta disimular. La lucha que se establece entre el pasado y el presente resulta curiosa de seguir y fácil de constatar, con la condición de que no se le deje percibir nada de esta investigación.

Dos caminos se abren entonces ante la enferma. O bien está lo bastante debilitada como para volverse obediente sin restricciones, y es el caso más raro, o bien accede a una semidocilidad con la esperanza evidente de que conjurará el peligro sin renunciar a sus ideas ni quizá al interés que inspira su enfermedad. Esta segunda tendencia, mucho más común, complica enormemente la situación. No es cosa fácil restablecer el funcionamiento regular de un estómago condenado durante tanto tiempo al reposo: alternan éxitos y fracasos, y a menudo no se obtiene más que un resultado insuficiente. Conozco enfermas que diez años después del comienzo de la enfermedad no han recuperado la

capacidad de alimentarse como todo el mundo; están vivas, su salud no se ha afectado profundamente, pero habría que ver si este estado supone una curación.

A veces un suceso inesperado viene a romper el curso de la enfermedad, un matrimonio, una contrariedad, una perturbación moral profunda. Otras, puede ser un incidente físico, un embarazo, una enfermedad febril; pero también muchos casos resisten a estas dos clases de potentes modificadores.

Como tesis general, hay que prever que el cambio a mejor se operará muy lentamente en escalones sucesivos, pero cuidémonos mucho de afirmar por adelantado el grado de la mejoría con que habrá que contentarse.

Por fundadas que estén nuestras inquietudes, aún no he visto a una anorexia terminar directamente en la muerte, aunque a pesar de esta seguridad experimental he pasado por repetidas perplejidades. Probablemente ocurre que la sensación patológica, causa primera del ayuno, desaparece ante el hecho de la creciente caquexia. No sólo debe achacarse a la fiebre la resolución de los espasmos, la misma propiedad pertenece a gran número de situaciones morbosas. Liberada de su preocupación subdelirante, la histérica entra en la condición de todos los dispépticos y no ofrece a la cura dificultades distintas de las acostumbradas en tales casos. En sí misma y por más intensidad que alcance, la histeria no es una enfermedad mortal, pero se convierte en causa ocasional, o si se quiere, indirecta, de enfermedades de fatal desenlace, y en el factor más importante de la tuberculinización pulmonar. Sólo en una ocasión, en una mujer casada, de treinta años de edad e histérica de larga evolución, he asistido a un desenlace como los que acabo de mencionar. La repugnancia a los alimentos se produjo a raíz de disgustos más imaginarios que reales, pero profundamente vividos, y mi primera sospecha consistió en que se tratase de una tentativa encubierta de suicidio. La sucesión de los acontecimientos no tardó en desviarme de tal suposición, y la enferma hizo ya demasiado tarde auténticos esfuerzos por apegarse a la vida.

Siempre las histéricas han curado más o menos completamente al cabo de los años, y siempre pasando en el periodo de apaciguamiento de la enfermedad por gustos alimentarios selectivos, incluso exclusivos y a veces bizarros. Junto con Trousseau atendí a una joven, en el fondo histérica desde la edad puberal, quien sin causa apreciable había sido afectada por una invencible anorexia. La enferma había llegado a una emaciación y a una debilidad tales que no podía dejar la cama. Su alimentación se componía exclusivamente de alguna taza de té con un poco de leche. El estreñimiento pertinaz tuvo como consecuencia una diarrea serosa con exudados pseudomembranosos. Pese a eso se quedó embarazada, y con el pretexto del embarazo se las ingenió para buscar un alimento a gusto de su estómago. Durante seis meses no se alimentó más de café con leche, en el cual echaba en lugar de trozos de pan pepinillos en vinagre; poco a poco pero muy lentamente añadió algunas féculas a este régimen singular. Hoy en día se encuentra en el estado de salud más satisfactorio, aunque aún con una delgadez excesiva.

Lo más habitual es que el apetito se limite a alimentos de elección no tan extraña, dándose entonces curso libre a la fantasía. Recuerdo una enferma soltera, de ventiséis años y habitante de una lejana provincia, quien no quería y no podía comer sino las gal-

letas sin azúcar que preparaba un panadero de París; otras se limitan a una única clase de legumbres, rechazando la carne y el pan; otras no consienten comer más que alimentos cuyo sabor se haya atenuado con especias.

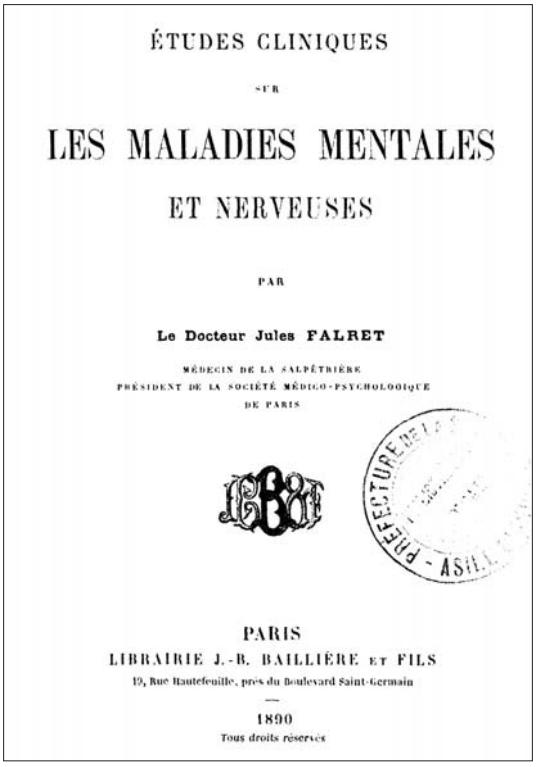
Aunque estas caprichosas restricciones sean un signo favorable, las enfermas siguen sufriendo sin ganas el alimento que han escogido a falta de otro mejor. La anorexia persiste indefinidamente, incluso mucho tiempo después de que las enfermas hayan vuelto al régimen normal. Jamás he visto recidivas de esta enfermedad: la curación relativa o completa se mantiene una vez instaurada. En la fase en que la afección histérica había cedido o había adoptado otras formas clínicas, he solicitado a las enfermas información más precisa sobre las sensaciones que experimentaron y que les apartaron de la alimentación: ninguna me aportó en esta encuesta retrospectiva otras reseñas que las que hasta aquí he comentado. La fórmula tipo seguía siendo como al principio de la enfermedad: «No podía, era más fuerte que yo, y además me sentía bien».

Los casos clínicos que han servido de base a esta memoria han sido ocho, todas mujeres, la más joven de dieciocho años y la mayor de treinta y dos. La histeria se manifestó en ellas mediante síntomas diversos; sólo una, cloro-anémica, no había tenido ataques, pero su madre había sufrido dos accesos de hemiplejía histérica además de numerosas crisis.

Era fácil poner en todos estos casos una fecha de comienzo, pero la anorexia se perdía después y pasaba por graduaciones tan insensibles que no se podía fijar una duración precisa al final. Ateniéndonos a la verdad, podemos decir que la afección, comprendiendo las fases que antes indiqué, nunca duró menos de entre dieciocho y veinticuatro meses.

Aunque los datos fuesen poco numerosos, tenían tal similitud entre ellos que los últimos casos no me produjeron ningún titubeo diagnóstico ni pronóstico, y, en efecto, todo ocurrió conforme a la norma general. Al describir esta variedad clínica me he propuesto, como dije al principio, separar una especie o un fragmento, pero sobre todo señalar el considerable papel que en algunas formas de la histeria juega la disposición mental de las enfermas, así como mostrar una vez más la íntima relación que une a la histeria y la hipocondría.

Jules FALRET
(1824-1902)


ÉTUDES CLINIQUES

SUR

LES MALADIES MENTALES

ET NERVEUSES

PAR

Le Docteur Jules FALRET

MÉDECIN DE LA SALPÊTRIÈRE
PRÉSIDENT DE LA SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE
DE PARIS

PARIS
LIBRAIRIE J.-B. BAILLIÈRE ET FILS
19, Rue Hautefeuille, près du Boulevard Saint-Germain

1890
Tous droits réservés

Portadilla de los *Estudios clínicos*... de Jules Falret

Jules FALRET[1] nació el 17 de abril de 1824 en la Casa de Salud de Vanves, fundada dos años antes por su padre, el insigne alienista Jean-Pierre Falret. Tras su primer trabajo allí como médico asistente ganó una plaza en el hospital de Bicêtre en 1867, y en 1884 pasó a La Salpêtrière reemplazando a Moreau de Tours, ocupación que compaginó durante algunos años con una ayudantía en Vanves, colaborando con Cotard. Dejó La Salpêtrière en 1897, y hasta su muerte vivió y trabajó en el sanatorio privado que le vio nacer.

1. Fuentes: Pierre MOREL, *Dictionnaire biographique de la psychiatrie*, Le Plesis-Robinson, Synthélabo, 1996, p. 95; Jaques POSTEL, *La psychiatrie* (*Textes essentiels*), París, Larousse, 1994, p. 217.

Dejó una imagen de persona cultivada aunque de carácter grisáceo, bonachón y algo pusilánime, enemigo de los honores y de la publicidad. Mantuvo una sólida amistad con Lasègue y con Morel, ambos como él alumnos de su padre, Jean-Pierre Falret, cuyo carácter autoritario asfixió durante toda su vida la personalidad del hijo.

Jules Falret leyó en 1853 su tesis sobre unas *Investigaciones sobre la locura paralítica y las diversas parálisis generales*, tema sobre el que volvió en 1878, describiendo variedades clínicas que fueron fundamentales para dar carpetazo a tan anticuado concepto. También escribió sobre la epilepsia, sobre *La locura circular o locura en formas alternas*, término que había propuesto Delaye ya en 1860, sobre la responsabilidad de los alienados y sobre los delirios crónicos de persecución, una de cuyas formas clínicas más especiales, *La locura a dos o locura comunicada*, plasmó a medias con Lasègue en un artículo de 1877.

Al final de su vida recopiló en tres tomos sus trabajos dispersos, aunque sólo se editaron los dos primeros volúmenes, *Estudios clínicos sobre las enfermedades mentales y nerviosas* (1889) y *Los alienados y los asilos de alienados* (1890).

Jules FALRET

EL CARÁCTER HISTÉRICO[2]

— 1866 —

Una tercera categoría de hechos comprendidos también frecuentemente bajo el nombre de *locura moral* o de *locura razonante*, es la que puede legítimamente designarse con la denominación de *locura histérica*. Sin duda, cabría preguntarse si existe realmente algún tipo de enfermedad mental que merezca ese nombre en particular.

Algunos autores modernos, entre los cuales citaremos principalmente a Morel[3] y sus discípulos (los señores Bulart y Michaux), dan a esa expresión, a nuestro entender, una extensión demasiado grande, han incluido en su descripción estados muy distintos, y casi la han hecho sinónima de la locura en general estudiada en la mujer.

Pensamos sin embargo que es posible evitar tal exageración y llegar, mediante la observación clínica, a reconocer la existencia de síntomas intelectuales y morales específicos en relación con la neurosis histérica, como Moreau (de Tours) ha tratado de hacer[4], y como Morel y yo[5] lo hemos ya intentado con los síntomas intelectuales ligados a la epilepsia. Eso será, creemos, un verdadero progreso para la patología mental y para la historia de la locura razonante en particular; pues esas verdaderas locuras histéricas constituyen una de las variedades más comunes de la locura moral.

Para estudiar clínicamente esta variedad de enfermedad mental, hay que comenzar por distinguir bien lo que podemos llamar el carácter histérico de la locura histérica propiamente dicha.

---

2. Fuente: Jules FALRET, «III. Folie hystérique», tercer epígrafe del capítulo «XII. Folie raisonnante, ou folie morale. Premier discours (1866)», de sus *Études cliniques sur les maladies mentales et nerveuses*, París, J.-B. Baillière et fils, 1890, pp. 499-507. Traducción: Ramón Esteban Arnáiz.

3. Bénédict-Augustin MOREL (1809-1873), nacido en Viena de madre desconocida y padre francés que servía al ejército como guarnicionero. Estudió en París. Muy amigo de Claude Bernard y Charles Lasègue. Protegido por Jean-Pierre Falret, fue uno de los impulsores iniciales de la revista *Annales médico-psychologiques*, en los que publicó eruditos estudios históricos sobre la alienación mental. También alcanzaron notoriedad su *Tratado de las degeneraciones* (1857), su *Tratado de las enfermedades mentales* (1860) y los dos volúmenes de sus *Estudios Clínicos* (1852-1853).

4. [Nota de FALRET; en adelante N. de F.] Moreau, *Union médicale*. [Se refiere, probablemente, al estudio *De la folie hystérique, & de quelques phénomènes nerveux propres à l'hystérie (convulsive), à l'hystéro-épilepsie et à l'épilepsie*, París, V. Masson, 1865].

5. [N. de F.] Jules Falret, *État mental des épileptiques*; ver más arriba [Falret remite a veces a otros capítulos no incluidos en esta selección].

Todos los médicos que han observado a muchas mujeres atacadas por la histeria, y todo aquél que haya tenido la desgracia de mantener con ellas una vida en común, saben perfectamente que todas ellas tienen, en cuanto al carácter y a la inteligencia, una fisonomía mental que les es propia y que permite reconocer en ellas la existencia de esta enfermedad, incluso antes de que se haya tenido ocasión de constatar los síntomas corporales. Pero ocurre que la mayoría de los médicos no alienistas, en esas anomalías de la inteligencia y de lo emocional de las histéricas no quieren ver más que extravagancias o singularidades compatibles con el estado fisiológico general de la mujer, y como no han tenido ocasión de atender loas casos extremos, en las cuales esas alteraciones del carácter llegan hasta el grado de una verdadera alienación, están pues predispuestos mayoritariamente a negar que en realidad existe una locura histérica.

Para comprender bien los síntomas de esta clase de enfermedad mental, conviene primero enumerar rápidamente los signos que constituyen el carácter de la mayor parte de las histéricas, pues representan en miniatura los rasgos principales de la locura histérica plenamente confirmada.

El primer rasgo de carácter propio de las histéricas es de entrada la gran variabilidad de todos sus estados mentales según el momento en que se les observe. Pasan alternativamente, y en intervalos muy cortos, de la excitación a la depresión como, en lo físico, pasa de repente de un ataque de risa a una crisis de llanto. Se entusiasman ardorosamente, con pasión, por una persona o por un objeto que quieren poseer a toda prisa; no retroceden ante ningún esfuerzo, ante ningún sacrificio para alcanzar su objetivo, y cuando lo han obtenido, o a veces incluso justo antes de lograrlo, pasan bruscamente de un extremo al otro; su amor se transforma en odio, su simpatía en antipatía, su deseo en repulsión, y ponen entonces tantas energías en huir, en evitar o en rechazar el objeto ansiado como antes habían puesto en procurárselo. Son así en todas sus cosas: fantásticas y caprichosas; y presentan una extremada movilidad de ideas y sentimientos.

Su sensibilidad ofrece los contrastes más chocantes. Estas enfermas permanecen con frecuencia sin inmutarse en presencia de los grandes sentimientos que suelen conmover usualmente al alma humana. ¡Se mantienen frías afrontando los mayores dolores y, en cambio, se alteran hasta el punto de sufrir ataques de nervios ante las menores contrariedades! Esa palabra mágica, contrariedades, que no tiene parangón en el vocabulario de los sentimientos humanos y que ellas emplean con predilección, resume por sí sola toda la vida emocional de las histéricas y representa el móvil de todos sus actos. A cada instante se lamentan de sufrir contrariedades y reaccionan con violencia contra las personas o las circunstancias a las cuales las atribuyen; no hay esfuerzos ni sacrificios que no consientan hacer con tal de evitar ese desagrado, pues para ellas ése es el peor de los males, y el temor de tener una contrariedad es en ellas tan potente que paraliza sus mejores intenciones y les impide cumplir las actividades más útiles o los deberes más imperiosos.

Otro rasgo igualmente importante del carácter de las histéricas es el espíritu de contradicción y de controversia. Basta que se les pida una concesión cualquiera para que lo rechacen inmediatamente; se obstinan tanto de palabra como de obra, y ni súplicas, torturas o suplicios podrían conseguir hacerles ceder. La obstinación y la resistencia pasiva adquieren

en ellas un carácter verdaderamente enfermizo; no hay razonamiento ni sentimiento que puedan contrabalancear ese potencial de inercia negativa que por su persistencia contrasta singularmente con la volubilidad habitual de sus sentimientos y sus ideas.

Otro hecho principal, esencialmente característico de las histéricas, es la tendencia a la duplicidad y la mentira[6]. Estas enfermas son verdaderas comediantes; no tienen mayor placer que engañar e inducir al equívoco por todos los medios a las personas con las que se relacionan. Las histéricas, que exageran hasta sus movimientos convulsivos (los cuales son con frecuencia parcialmente simulados), travisten y exageran igualmente todos los movimientos de su alma, todas sus ideas y todos sus actos. Hacen ostentación a cada instante de sentimientos que no tienen; fingen tanto el dolor como la alegría, el amor como el odio. Aparentan tener la más viva simpatía a personas a las que detestan con todas sus fuerzas y a las que intentan perjudicar por todos los medios; les encanta planear proyectos de venganza, combinar estratagemas infames, maquinaciones infernales, calumnias destinadas a hundir la reputación de las personas a las que prodigan los testimonios de afecto más efusivos y más hipócritas; inventan miles de subterfugios, miles de mentiras. Componen auténticas novelas en las cuales entremezclan, a menudo con habilidad y de modo inextricable, lo verdadero y lo falso, de manera que engañan al más clarividente. Dicho en una palabra, la vida de las histéricas no es más que una perpetua mentira; afectan aires de piedad y devoción, y hasta llegan a hacerse pasar por santas, mientras que se abandonan en secreto a las acciones más vergonzosas, mientras que en el interior de su hogar montan las escenas más violentas a sus maridos y a sus hijos, en las que utilizan frases groseras y a menudo obscenas y se entregan a los actos más desordenados, ¡para, inmediatamente después, retomar en público sus fingidos aires de reserva, de modestia y de decencia!

Un último rasgo, igualmente característico y propio de las histéricas, es la rapidez e incluso la instantaneidad de la producción de las ideas, las impulsiones y los actos. Estas enfermas no maduran durante mucho tiempo un proyecto; las ideas no tienen en ellas una larga incubación sino una eclosión súbita; aparecen y desaparecen repentinamente, como en un cambio de decorado a la vista del espectador. Una idea se adueña de su mente, se fija en ella momentáneamente y se desvanece a continuación con la misma prontitud que gobernó su aparición. Es como una planta parásita, caída en la superficie de la mente pero que no puede germinar allí y desarrollarse, porque el terreno no ha sido preparado para recibirla. Así que no entierra sus raíces en profundidad y se la lleva bruscamente el primer soplo de viento, dejando el sitio a otra idea que volará más tarde a su vez. Lo mismo ocurre con los actos. Las histéricas se abandonan al instante a los impulsos que surgen en ellas espontáneamente, sin causa conocida y sin reflexión previa. Bajo la influencia de esos impulsos no

6. Sobre la tendencia y el gusto por la mentira de las histéricas, considerados como rasgo específico de su carácter, había llamado la atención MOREL: «El amor a la verdad no es, por otra parte, la virtud dominante de su carácter; jamás exponen los hechos conforme a su realidad, y mienten tanto a sus maridos, sus padres, sus amigos, como a sus confesores y médicos» (MOREL, B. A.: *Études cliniques. Traité théorique et pratique des maladies mentales*, t. II, París, 1853, pp. 210-212). Buena parte de los rasgos del carácter resaltados por Jules FALRET se inspiran en los comentarios y observaciones clínicas recogidos por MOREL en el capítulo VII del segundo tomo de *Estudios clínicos* (pp. 186-257).

motivados y a los que ni se les pasa por la cabeza resistirse, llegan inmediatamente a la acción, a menos que un motivo poderoso llegue de repente a detenerlas en el momento del paso al acto; pues esas impulsiones, por muy imperiosas que sean y agradables de satisfacer, no son sin embargo irresistibles, y las enfermas pueden abandonarse a ellas o resistirse, según su capricho. Así, por ejemplo, experimentan frecuentes impaciencias, sentimientos súbitos de irritación y de cólera: estallan entonces mediante palabras y actos dirigidos contra las personas presentes; profieren injurias o groserías, se entregan inmediatamente a acciones violentas y a menudo ruidosas, dan taconazos en el suelo, ponen patas arriba un mueble o cualquier objeto que caiga bajo su mano, desgarran su pañuelo o parte de su vestimenta, dan un cachete a alguien, le escupen en la cara, arrojan al suelo o rompen todo lo que hallen a su alrededor, dan gritos agudos, se revuelcan por el suelo; buscan, en una palabra, rasgar, romper o destruir todos los objetos a su alcance.

Finalmente, las histéricas son por lo general noveleras y soñadoras, dispuestas a dejar predominar las fantasías de su imaginación sobre las necesidades y obligaciones de la viada real; también es frecuente que tengan tendencias eróticas pronunciadas, aunque se ha exagerado mucho acerca de esta disposición habitual de su modo de ser, pues con frecuencia son más coquetas y vanidosas que verdaderamente ardientes y apasionadas.

Tales son las principales características intelectuales y emocionales observadas habitualmente en las mujeres que presentan todos los signos físicos de la histeria, aquellas que están realmente afectadas por esta neurosis compleja y no solamente por alguno de sus síntomas.

Pero mientras que tales manifestaciones psíquicas se mantengan dentro de los límites que acabamos de indicar, dentro de las fronteras de un carácter normal, se debe sin duda ponerlas en relación con un estado patológico, la neurosis histérica, pero no se podrá, sin caer en la exageración, considerarlas como constitutivas de una verdadera locura, la cual implicaría la irresponsabilidad civil y criminal y el internamiento por orden judicial en un asilo de alienados. Estamos ante una enfermedad nerviosa, no ante una locura. Se podrá estimar que la existencia de esta neurosis y las alteraciones del carácter que produce constituyen una circunstancia atenuante para ciertos actos cometidos por estos pacientes bajo tal influencia, pero no se puede encontrar en ella un motivo válido para una exoneración completa.

Pero entre esta forma de carácter de las mujeres histéricas, normal en cierto modo, y la manía histérica propiamente dicha, con delirio general, alteración considerable de la esfera intelectiva y desorden extremo de sus actos, que constituye un verdadero acceso de manía, y que se ve en los asilos de alienados, existe un tercer estado mental, ligado igualmente a la histeria, que se puede designar provisionalmente con la expresión de *locura razonante de los histéricos*, y que participa a la vez de síntomas de los otros dos estados. En relación a la histeria, esta situación mental representa lo que en cuanto a la epilepsia es el trastorno mental que he llamado el *pequeño mal intelectual*, estado intermedio entre el tipo de carácter habitual de los epilépticos en los intervalos entre sus ataques y los grandes accesos de manía epiléptica con furor[7].

7. [N. de F.] Ver más arriba. [Remite a veces otros capítulos no incluidos en esta selección].

Las enfermas afectadas por lo que llamaremos locura razonante de las histéricas, presentan en sus emociones, en su razonar y en su conducta la mayoría de los rasgos que venimos asignando al carácter habitual de las mujeres histéricas; lo que ocurre es que dichos signos han adquirido aquí tales proporciones y son tan acusados, los sentimientos se revisten de unas características tan enfermizas, las ideas llegan a ser tan absurdas, las acciones tan violentas e insensatas, que entonces todos esos síntomas ya no pueden ser considerados compatibles con la razón, y constituyen en consecuencia, por acumulación e intensidad, una verdadera enfermedad mental. Las manifestaciones de esta enfermedad son a menudo muy difíciles de percibir; no siempre son apreciadas por los demás; pueden incluso ser negadas por la gente y por desgracia sólo resultan evidentes en la vida privada, en la intimidad del hogar. Hay que haber recibido las penosas confidencias de los maridos de estas mujeres histéricas para hacerse una idea cabal del género de vida que llevan estas enfermas, de las absurdas ideas que germinan en sus mentes, de las monstruosidades que aparecen en sus sentimientos y de la enorme desproporción de sus actos, siempre conservando en público las apariencias de la razón, representando su papel de mujeres educadas, dulces y benevolentes, de manera que llegan a engañar a los observadores más expertos.

Todas las pasiones están sobreexcitadas, a la vez o una tras de otra, en semejantes enfermas, que experimentan la imperiosa necesidad de satisfacerlas y no reculan ante ningún obstáculo con tal de alcanzar su objetivo.

Las unas, dominadas por ideas o impulsiones eróticas y no encontrando en sus maridos las satisfacciones que buscan, se vuelven provocativas, no deteniéndose ante ninguna dificultad para entregarse al primero que venga, y a menudo, pese a su educación y su posición social, incluso desciendes a grados extremos de envilecimiento y no temen caer en la intemperancia y la orgía.

Las otras, enmudecidas por unos celos completamente irracionales a los que sus maridos no han contribuido con nada plausible, les acosan incesantemente con sus interrogatorios, sus desconfianzas o sus sospechas, y envenenan la convivencia mediante violentas escenas dentro de casa, o mediante una tiranía contable respecto a los gastos más mínimos que mantiene a los maridos encadenados y privados de la más mínima libertad de acción. Pueden pasar pronto y sucesivamente de la vigilancia ansiosa a las amenazas y a las acciones violentas, y llegar a veces hasta dar público testimonio de esas situaciones que hasta entonces sólo se daban en privado.

Finalmente, hay otras que no se contentan con tiranizar al marido dentro de casa; conciben contra él o contra terceros unos proyectos de venganza cuya ejecución persiguen con todos los recursos de una inteligencia agudizada y con la energía perseverante de una voluntad que no ceja y a nada renuncia.

Si nos limitamos pues a estudiar a estas enfermas sólo desde la vertiente del carácter, si sólo tenemos en cuenta la exaltación de los sentimientos y las tendencias, puede que en su estado mental no se vea más que una exageración de las pasiones connaturales a la humanidad: se podría llegar a creer que se trata simplemente de mujeres celosas, malvadas o apasionadas. Podría uno no verlas más que como seres repulsivos, monstruosos o criminales, y no como enfermas. No es posible, en efecto, basar la enfermedad en una diferencia de grado, sobre

todo porque no tenemos ningún medio certero con que medir la intensidad de las pasiones humanas, ni ningún límite preciso entre el grado de exaltación de los sentimientos y las tendencias compatible con el estado normal y el que habría de ser considerado patológico. Pero es precisamente aquí, en esos casos difíciles de perversión del carácter en las histéricas, donde el criterio indicado precedentemente debe servirnos de guía para distinguir los hechos normales de los que pertenecen realmente al terreno de la locura. En los alienados histéricos[8], en efecto, independientemente de los malos sentimientos o de las tendencias violentas, exaltados hasta el delirio y llegados a un grado de intensidad que sobrepasa el estado normal, podemos llegar a descubrir, mediante un estudio muy atento, a descubrir otros síntomas morbosos en la esfera del razonamiento, de la voluntad y de los actos, y esos síntomas pueden servirnos para completar el cuadro de la enfermedad y demostrar así a todos de forma incontestable lo que el análisis exclusivo de los sentimientos y tendencias sólo nos había permitido sospechar. Junto a las pasiones sobreexcitadas, cuyas manifestaciones violentas ya por sí mismas habían llamado nuestra atención y cuyo carácter enfermizo podía ser dudoso, constatamos en estas histéricas ideas extraordinarias y a menudo absurdas, deseos extravagantes, gustos depravados, instintos perversos, hacia los cuales las propias enfermas sienten a veces desagrado y vergüenza, y que son contrarios a todos sus hábitos anteriores; registramos también actos excéntricos, extraños, insólitos o antihigiénicos. Esas enfermas, por ejemplo, beben su orina, comen tierra, se quitan la ropa o no se la ponen dentro de casa, descuidan su aseo personal, se niegan a lavarse, son de una suciedad reprobable, y pueden llegar a mostrar una avaricia sórdida o bien una prodigalidad insensata; algunas, como la enferma de la que habla Trélat[9], llegan a coleccionar en paquetitos las materias más desagradables, o se entregan en secreto a actos igualmente bizarros, ridículos y que ningún motivo razonable puede explicar. además, tales histéricas frecuentemente conciben de repente ideas extrañas y soberanamente absurdas, que surgen espontáneamente en su mente y que se les fijan temporalmente con verdadera tenacidad, cuya naturaleza enfermiza a veces perciben pero a las que no pueden evitar dar crédito, y que guardan para sí mismas y sólo manifiestan por casualidad, en un momento de confiada expansión, porque les dan vergüenza y sin embargo no pueden defenderse ni desembarazarse de ellas.

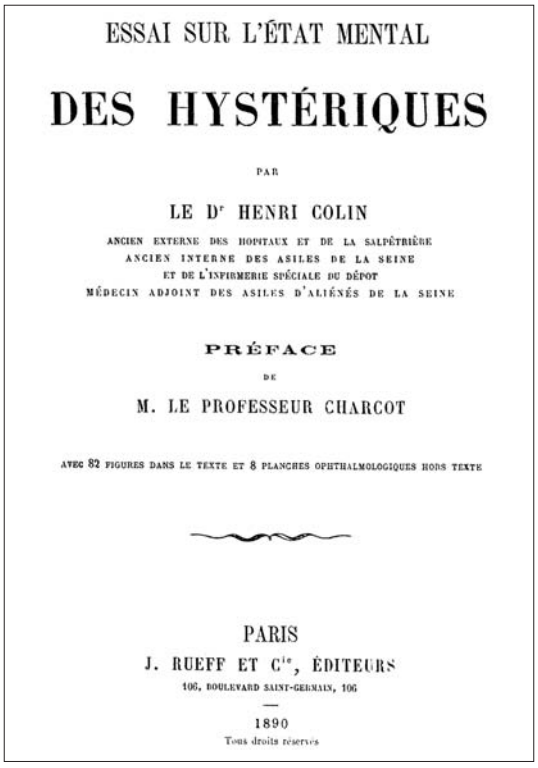
En una palabra, buscando con perseverancia, el observador atento llega a descubrir en estas enfermas un conjunto de síntomas patológicos físicos y psíquicos que le permite asentar su diagnóstico sobre una base sólida y transmitir a cualquier interlocutor la convicción de que estas mujeres histéricas son realmente alienadas, pese a la apariencia de razón que conservan en presencia de la gente y aunque tal estado de locura no tenga sus numerosas e incontestables manifestaciones más que en el círculo restringido de su vida privada, del matrimonio o incluso sólo ante el juez interior de la propia enferma.

8. En masculino en el original.

9. [N. de F.] Trélat, *la Folie lucide*.

3. HISTERIA Y LOCURA

Henri COLIN
(1860-1930)



ESSAI SUR L'ÉTAT MENTAL

DES HYSTÉRIQUES

PAR

LE Dr HENRI COLIN

ANCIEN EXTERNE DES HOPITAUX ET DE LA SALPÊTRIÈRE
ANCIEN INTERNE DES ASILES DE LA SEINE
ET DE L'INFIRMERIE SPÉCIALE DU DÉPOT
MÉDECIN ADJOINT DES ASILES D'ALIÉNÉS DE LA SEINE

PRÉFACE

DE

M. LE PROFESSEUR CHARCOT

AVEC 82 FIGURES DANS LE TEXTE ET 8 PLANCHES OPHTHALMOLOGIQUES HORS TEXTE

PARIS

J. RUEFF ET Cie, ÉDITEURS

106, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 106

1890

Tous droits réservés

Portadilla del Essai sur l'état mental des hystériques, de Henri COLIN

Henri COLIN[1] nació en París el 22 de septiembre de 1860. Estudió Humanidades en Inglaterra, país adonde se exilió su padre por motivos políticos, antes de volver a Francia y cursar estudios de medicina en París. Discípulo de Charcot, que prologó su tesis sobre el *Estado mental de los histéricos* (1890), colaboró con Jean-Baptiste, el hijo del maestro, en editar los apuntes de sus *Lecciones de los martes*. Interno de los Asilos del Sena en 1887, enseguida médico adjunto y director desde 1894 del asilo para alienados

1. Fuente principal: Pierre MOREL, Dictionnaire biographique de la psychiatrie, Le Plesis-Robinson, Synthélabo, 1996, pp. 67-68.

criminales del Gaillon (Eure). Médico-jefe de los asilos del Sena en 1901, se le encargó la organización de un Servicio para enfermos mentales difíciles y peligrosos en Villejuif –donde también montó durante la I Guerra Mundial un servicio para militares– que dirigió hasta su nombramiento como jefe del Servicio de Admisiones de Sainte-Anne. Jubilado en 1925, murió el 19 de octubre de 1930.

El recuerdo de Henri Colin permanece unido sobre todo a sus trabajos sobre criminales locos. Con su colega Florentin Pactet, también médico del Villejuif, dedicó a ese tema dos volúmenes considerados clásicos, *Alienados en las prisiones* y *Alienados ante la justicia*. Hizo una nueva revisión del asunto en «Alienados delincuentes y criminales», capítulo de un *Tratado de patología médica* dirigido por Émile Sergent[2]. Mencionaremos también su importante informe sobre *Los asilos de seguridad* (1910), y un largo artículo de 1912, publicado en *Annales médico-psychologiques* sobre el pabellón de seguridad de Villejuif, que hoy lleva su nombre.

2. SERGENT, É. (dir.), *Traité de Pathologie Médicale et de Thérapeutique Appliquée*, Paris, Maloine et Fils, 1926 (3ª ed.).

Henri COLIN

SOBRE LA LOCURA HISTÉRICA[3]

— 1890 —

Las relaciones que pudieran existir entre la neurosis histérica y la locura propiamente dicha han sorprendido desde hace mucho tiempo a los investigadores.

La histeria, en efecto, es tan vieja como el mundo; desde siempre han llamado la atención estos enfermos singulares, de gestos desordenados, que se lamentaban por algo horrible, indefinible en sí mismo, que les subía del bajo vientre hasta la garganta. ¿Qué hay de extraño en que los antiguos, sorprendidos, por otra parte, por ese misterio de la generación, cuyos detalles conocimos desde hace apenas sesenta o setenta años, — qué hay de extraño, digo[4], en que los autores antiguos les hayan atribuido a los órganos genitales, y sobre todo al útero, un papel preponderante en la génesis de esta afección extraordinaria, monstruosa, ese Proteo, como la llamaba Sydenham, que se manifestaba bajo las apariencias más terribles y misteriosas para enseguida volver a la calma, hasta el punto de que se hubiera podido dudar de que hubiese ocurrido?

¡Y qué de opiniones, cuántas controversias desde los tiempos más antiguos hasta una época muy reciente, podríamos decir contemporánea!

---

3. Fuente: Henri COLIN, *Essai sur l'état mental des hystériques*, París, Roueff, 1890. Seleccionamos el capítulo II de su segunda parte (Deuxième Partie, Hystérie et Aliénation mental, «De la "Folie hystérique"»), pp. 59-74. Traducción: Héctor Astudillo del Valle.

4. En el original la frase está construida tal como la transcribimos: hay un corte después de «...setenta años», seguido de un guión largo y un reinicio redundante.

Brachet[5] las resume de un modo sobresaliente[6].

«1º. Unos creyeron junto con Hipócrates en las aberraciones o viajes de la matriz: tales son Areteo de Capadocia, Primerose, Holler, Duret e incluso Rivière.

»2º. Otros, en mayor número, ubicando la sede de la enfermedad en la matriz, supusieron como causa próxima unas veces la retención, otras la putrefacción, o cualquier otra alteración del esperma o de la sangre en esa víscera; y de ahí la propagación de un vapor maligno por todas las partes del cuerpo provocando allí donde llega efectos mórbidos, o bien el mero influjo del útero en los demás órganos. De esta opinión son Galeno, Aecio, Fernel, Burnet, Baillou, Sennert, Mercatus[7], Chesneau o Rivière.

»3º. Cierto número de autores algo más modernos siguieron viendo la matriz como sede de la histeria; pero no hicieron la suposición de ninguna otra alteración patológica aparte de una modificación inespecífica del sistema nervioso, cuyo simple influjo en el sistema nervioso general llega a ser causa determinante de los fenómenos. Tienen este parecer Cullen, Pinel, Lieutaud, Vigarous, Baumes, Louyer-Villermay, Rapon e incluso a Pujol, que admite la inflamación crónica.

»Es con esta opinión con la que debe relacionarse todo lo que se ha dicho de los apetitos venéreos de la matriz y del clitorismo[8] como causa de la histeria; cosa que, según Willis, hacía que se mirasen con espanto las personas que estaban afectadas, *ut semi damnati*

5. Jean-Louis BRACHET (1789-1858). Cirujano, neurohistólogo, alienista, médico de prisiones y profesor de la Escuela de Medicina de Lyon. En 1830 publicó una tesis sobre *Las funciones del sistema nervioso ganglionar y su aplicación a la patología*. Poco después escribió una memoria sobre la naturaleza y el lugar de origen de la histeria y la hipocondria (citada por COLIN en la nota siguiente), que fue editada en 1832. Volvió sobre cada una de esas entidades en sendas monografías: el voluminoso *Tratado completo sobre la hipocondria* (1844) y otro tomo sobre *La histeria* (1847). Consideraba la hipocondria como una «neurotaxia cerebroganglionar» que asentaba a la vez en el cerebro, en el sistema nervioso central y en el ganglionar; en cuanto a la histeria, «neuroespasmia cerebral», la reducía a una enfermedad convulsiva esencialmente femenina, en la cual era determinante la irritación que el útero y otros órganos causarían en el nervio neumogástrico.

6. [Nota de COLIN, a partir de ahora N. de C.] *Recherches sur la nature et le siège de l'hystérie et de l'hypochondrie*, París, 1832.

7. Ludovicus MERCATUS, o sea, Luis MERCADO (c. 1525-c. 1611). Nació y murió en Valladolid, hijo de judíos conversos. Fue el primer profesor de medicina de la Universidad de Valladolid, y luego Médico de los reyes Felipe II y Felipe III. Escribió sobre muchos temas (terapéutica, fiebres malignas, enfermedades del hígado, bazo, riñones, vejiga, enfermedades hereditarias, etc.). Fue el primer español que trató acerca del garrotillo o difteria. Se le recuerda más por su libro *De la peste* que trata sobre el tabardillo o tifus exantémico (1599). Todos sus trabajos científicos fueron recopilados en el libro *Operum*, de tres tomos. Algunas obras del Dr. Mercado fueron influyentes en las políticas de regulación de la práctica de la medicina en España a fines del siglo XVI. En cuanto a la histeria, la estudió en su obra *De mullierum affectionibus*, de 1579.

8. Clitorismo o clitoridauxa: aumento excesivo del tamaño del clítoris.

instar[9], y sus sufrimientos a los ojos del vulgo no eran más que una anticipación del justo castigo que se habían ganado.

»4º. Algunos, en número reducido, bien es cierto, han encontrado con Barbeyrac un principio acre y bilioso propagado por el cerebro, o un principio humoral mezclado en el flujo sanguíneo, tal como pensaban Cheney y Perry; o fermentos degradados, como decían Langue y Chastelain; o vapores, por último, de acuerdo con Jean Maria.

»5º. Un número bastante grande sólo ha visto en esta enfermedad una afección nerviosa general, una alteración inespecífica de los espíritus nerviosos o animales, sin emplazamiento determinado aparte de los nervios. Dumoulin, Loob, de Gorter, Raulin, Pomme, Lorry, Whytt, Tissot, Ridley, Boerhaavee, Hoffmann, Pressavin, Sauvages, Linnée[10], Blackmore y Viridet comparten esta opinión. Podemos añadir aquí la ataxia de los espíritus de Sydenham, y el desorden de las fuerzas centrales de Barthez.

»6º. Entre otros autores, Charles Le Pois[11], Willis, Barbeyrac, Schacht y Georget la han ubicado exclusivamente en el cerebro. El Dr. Armand la sitúa en la parte inferior de la médula espinal.

»7º. Por último, los hay que la han situado en otro lugar distinto de estas dos vísceras principales, por ejemplo en el estómago o en sus alrededores, como Purcell, Pitcarn, Hunauld, Vogel; en los pulmones y el corazón, con Hyghmor, o en la vena porta, con Stahl».

El valor de todo ello, por lo demás, es puramente histórico. No es necesario remontarse muy atrás para encontrar partidarios de la doctrina uterina u ovárica de la histeria. ¡Acaso el señor Charcot no cita todos los días, en sus clases, el caso de enfermas que, de regreso de Alemania, tras haber sufrido la extirpación de los ovarios, no dejan por ello de presentar los signos de la «gran neurosis»[12]!

En 1832, la Facultad de Burdeos planteó como tema de un concurso las relaciones entre la hipocondría y la histeria, y con ese propósito Brachet escribió la memoria de donde se ha extraído el pasaje citado más arriba.

---

9. «Como a alguien prácticamente condenado» (N. del T.).— Es una cita de Thomas WILLIS, *Affectionum quae dicuntur hystericae et hypocondriacae* (1670). Probablemente BRACHET la tomó de Frédéric DUBOIS D'AMIENS (1799-1873), que reproduce párrafos enteros de esa obra en su *Histoire philosophique de l'hypochondrie et de l'hystérie* (París, Deville-Cavellin, 1833).

10. Carlos LINNEO (1707-1778), en sueco Carl Nilsson LINÆUS, latinizado como Carolus LINNAEUS y conocido después de ser nombrado noble como Carl von LINNÉ. Naturalista y fundador de la taxonomía moderna. En el año 1727 inició estudios de medicina en la Universidad de Lund. En 1735, cuando viajó a Holanda para completar su formación médica. En 1738 volvió a Suecia, donde fue médico del Almirantazgo en 1739, convirtiéndose en el principal impulsor de la Academia Sueca de las Ciencias. En 1742 fue catedrático de Medicina Práctica en Uppsala, cargo que cambió por la cátedra de Botánica y Dietética para poder dedicarse a tareas de clasificación.

11. Charles LEPOIS (1563-1633), también llamado Carolus PISO y Caroli PISONIS. Ver la nota 6, pág. 6, del artículo de Gilles de la Tourette en este mismo volumen.

12. *Grande névrose*: entendemos que se refiere a la histeria que cursaba con ataques convulsivos pseudoepilépticos. Como no se usaba esa expresión en castellano, la entrecomillamos siempre que aparezca.

El primero en llevar a cabo un acercamiento entre la hipocondría y la histeria había sido Sydenham. Pero, dicho sea de paso, sería muy difícil distinguir hoy día lo que Sydenham quería decir con hipocondría y lo que entendía por histeria. Las afecciones más diversas se mezclan aquí en una maraña inextricable. Dubois d'Amiens, que competía con Brachet, se llevó el premio. No hace falta decir que, ajustándose a las ideas dominantes, a pesar de Willis, a pesar de Georget, había situado la sede de la histeria en el útero.

Pero, sin remontarnos hasta Sydenham, ¡cuántas personas aún hoy conocen de manera insuficiente esta «gran neurosis», aun después de los trabajos de la Escuela de Salpêtrière!

La histeria es un *caput mortuum*[13] en el que amontonamos todo lo que parece extraño, todo lo que nuestro espíritu, amigo de las causas finales, no puede explicar. Cuando se trata de algo relativo a las enfermedades «mentales», esta tendencia se acentúa mucho más. Como aparezca una enferma no convencional, una desequilibrada cualquiera, una retrasada más o menos coqueta, más o menos alocada: es una histérica, decimos, y parecería que ya todo esté dicho. Con frecuencia no sabemos con precisión qué es la histeria, pero la palabra está ahí, mágica, incomprensible para la gran parte de la gente, pero explicándolo todo. Cosa que prueba lo que avanzamos ya aquí: que es algo excepcional ver esta calificación aplicada a los hombres, y no obstante los enfermos del sexo fuerte se cuentan por millares. Pero esta noción es aún demasiado novedosa, y todavía no ha calado en la multitud.

El fin que perseguimos aquí es el siguiente. Sostenemos y afirmamos que cada vez que el desorden mental, el delirio, entra en escena, las histéricas no se diferencian en nada de los degenerados hereditarios.

Esto no quiere decir que todos los histéricos sean degenerados hereditarios. Los hechos lo refutarían, y estamos íntimamente convencidos de lo contrario. La histeria es una enfermedad que tiene su sello propio, independiente, único, y muy característico. Pero cuando a la histeria, enfermedad diferenciada, llegan a unírsele trastornos mentales, entramos en el dominio de la degeneración hereditaria.

Como veremos en el capítulo siguiente, todo tipo de manifestaciones vesánicas pueden entonces tener lugar en los histéricos, pero no se deben en absoluto a la neurosis, y evolucionan de manera independiente a la misma. Se trata de combinaciones que se asemejan a los casos de coexistencia de varios delirios en un mismo alienado descritos por Magnan, y también de esos casos frecuentes de coexistencia de histeria y epilepsia.

Hasta tal punto esto es cierto que desafiamos a cualquier médico a hacer el diagnóstico de la locura histérica examinando al enfermo exclusivamente bajo el aspecto mental, y dejando de lado todos los datos anamnésicos, ataques, sensaciones de ahogo, jaquecas, y todos los estigmas reconocidos actualmente.

---

13. Literalmente «cabeza muerta». Término usado en alquimia para designar el residuo no líquido de una cocción; vale también como 'precipitado' o 'residuo inservible'. En castellano, lo más ajustado sería traducirlo como 'cajón de sastre' (N. del T.)

Sin estigmas somáticos, hemos de decirlo bien alto, no hay histeria. Estos estigmas ya son clásicos, es inútil insistir en ellos; pero hay que añadir, sin embargo, que pueden desaparecer transitoriamente.

Cuando en una histérica se produce un episodio grave (contractura permanente, ataque de corea, etc., etc.), los estigmas pueden desaparecer. Pero entonces se ven reemplazados por un estigma que, por así decir, es la síntesis de todos los demás, y por otra parte los datos anamnésicos están ahí para volvernos a poner en el camino adecuado.

La histeria no se genera por completo y de un solo golpe, casi siempre es una afección que viene de lejos.

Por ello, no debemos dejarnos influir por esos episodios, por otra parte bastante infrecuentes, y habrá que buscar, por el contrario, con un cuidado escrupuloso en todos los enfermos, antes de declarar que son histéricos, las taras de la «gran neurosis».

Desde el punto de vista mental, por otra parte, el asunto tiene poca importancia, puesto que el delirio de los histéricos alienados es simplemente una modalidad del delirio de los degenerados hereditarios.

Consideremos, en efecto, los diferentes autores que han escrito sobre el delirio, la locura histérica, y sus ideas fijas, «auténtica catalepsia de la inteligencia», según la famosa expresión de Esquirol que no hay autor que pierda ocasión de repetir, no sabemos bien por qué, dado ante todo que en la época de Esquirol la palabra catalepsia tenía un sentido completamente diferente del que se le concede hoy.

Georget[14], que fue el primero en tener una idea clara de lo que es la histeria, quien incluso ofreció una descripción notable de la misma para la época, quien después de Willis, es verdad, pero haciendo hincapié en ello hasta el punto de llamarla *cerebropatía espasmódica*, la localizó en el cerebro, Georget no dejó de indicar la herencia nerviosa que nunca falta en estos enfermos; señala como episodios posibles en la histeria los «tics convulsivos, el baile de San Vito, etc., etc.»

Briquet[15], en su tratado de la histeria, dice muy poca cosa a propósito de los ataques de delirio. Se contenta con señalar el hecho de que el delirio puede o bien acompañar a los ataques como fenómeno secundario, o bien, muy al contrario, constituir el hecho predominante.

«El delirio puede verse con bastante frecuencia en los histéricos; lo encontramos en dos circunstancias diferentes. Las más de las veces acompaña a las otras formas de ataque como fenómeno secundario; en ciertas ocasiones, por el contrario, el delirio es el hecho predominante, constituye el ataque y no viene acompañado más que por los síntomas histéricos corrientes»[16].

14. [N. de C.] GEORGET, *Physiologie du système nerveux*. París, 1821, 2º vol. [Étienne GEORGET (1795-1828). Ver nota 68, p. 26].

15. Ver el capítulo correspondiente en este mismo volumen, pp. 41 y ss.

16. [N. de C.] BRIQUET, *Traité de l'hystérie*, p. 428.

Marcé[17] describe un delirio que aparece en el momento del acceso convulsivo y una supuesta locura histérica[18].

Ésta comprende: una manía histérica en la cual «solamente el acceso es característico», un «delirio general melancólico» por lo demás infrecuente, un «delirio melancólico parcial» más frecuente, y por fin un delirio hipocondriaco.

Marcé insiste a continuación en las frecuentes alucinaciones, y las «impulsiones irresistibles» de los histéricos. Cita el caso de una «señora que, en medio de una conversación que despertaba vivamente su interés, repentinamente, sin poder contenerse, interrumpe lo que dice o le dicen con extraños gritos y con palabras aún más excepcionales, que contrastan de una manera deplorable con su aspecto y sus cuidados modales».

Todo comentario, en nuestra opinión, es superfluo: la descripción causa por sí sola una impresión lo suficientemente viva como para que seamos capaces hoy día de clasificar la enferma de Marcé.

Morel[19], como mente sagaz, como clínico consumado que era, intitula el segundo parágrafo de su capítulo sobre la locura histérica: «*Locura histérica en sus relaciones con las predisposiciones hereditarias recibidas de los padres con la exageración del temperamento nervioso propia de los enfermos*».

Desgraciadamente no profundizó en esta idea, y uno experimenta una verdadera desilusión cuando ve cómo describe, en un parágrafo dedicado exclusivamente a ello, con gran lujo de detalles, una «*Locura histérica en sus relaciones con un desengaño amoroso*», etc., etc.

La estupefacción aumenta aún más cuando el célebre médico de Saint-Yon[20] proclama ante nosotros que «un matrimonio, realizado a tiempo, les ha ahorrado más de una vez a ciertas histéricas las consecuencias de su triste enfermedad».

El señor J. Falret, en un discurso pronunciado en la *Société médico-psychologique*, en 1886, consagra un importante capítulo a los histéricos.

---

17. Louis MARCÉ (1828-1864). Alienista de carrera tan breve como brillante, Marcé fue protegido y alumno de BAILLARGER y de MOREAU DE TOURS. Trabajó en los hospitales Sainte-Anne y Bicêtre, y fue maestro de Valentin MAGNAN. Acérrimo organicista, investigó sobre los centros nerviosos del lenguaje oral y escrito, y dejó un *Tratado práctico de las enfermedades mentales* (1862) y, entre otros más, un trabajo *Sobre el valor de los escritos de los alienados* (1863).

18. [N. de C.] MARCÉ, *Traité pratique des maladies mentales*. París, 1862.

19. [N. de C.] MOREL, *Traité des maladies mentales.* París, 1860, p. 676. [Bénédict-Augustin MOREL (1809-1873). p. 83, nota 3 y p. 122, nota 12].

20. Es decir, MOREL. El Asilo de SAINT-YON, en Rouen, fue inicialmente la mansión de Eustache de Saint-Yon, maestre de la Cámara de Cuentas de Normandía a principios del siglo XVII. En 1705, Jean-Baptiste de LA SALLE lo recibió como donación de la marquesa de Louvois, y fijó allí la sede de su Instituto de los Hermanos de las Escuelas Cristianas, y una escuela de artes y oficios que tuvo un importante desarrollo. Durante la segunda mitad del s. XVIII, se usó también como prisión y como asilo para alienados. Tras la expulsión de los Hermanos durante la Revolución (1789), se dedicó exclusivamente a sus funciones de asistencia a la locura desde 1821. En 1856, Bénédict Augustin MOREL fue nombrado médico-jefe, y murió allí el 30 de marzo de 1873.

Puesto que las opiniones del Sr. Falret han sentado cátedra sobre este tema, nos valdremos de los pasajes más importantes de este capítulo; no nos faltará ocasión de ver en los siguientes extractos que si se suprimen las palabras *Histeria* e *Histérica*, que reaparecen de cuando en cuando, encontramos en él reunidas todas las características de las locuras hereditarias.

« Algunos autores modernos, entre los cuales citaremos principalmente a Morel y sus discípulos (los señores Bulart y Michaux), dando a esa expresión, a nuestro entender, una extensión demasiado grande, han incluido en su descripción estados muy distintos, y casi la han hecho sinónima de la locura en general estudiada en la mujer...».

Veamos ahora los caracteres de la locura histérica según el Sr. Falret.

«El primer rasgo de carácter propio de las histéricas es de entrada la gran variabilidad de todos sus estados mentales según el momento en que se les observe. Pasan alternativamente, y en intervalos muy cortos, de la excitación a la depresión, como, en lo físico, pasan de repente de un ataque de risa a una crisis de llanto. Se entusiasman ardorosamente, con pasión, por una persona o por un objeto que quieren poseer a toda prisa; no retroceden ante ningún esfuerzo, ante ningún sacrificio para alcanzar su objetivo, y cuando lo han obtenido, o a veces incluso justo antes de lograrlo, pasan bruscamente de un extremo al otro; su amor se transforma en odio, su simpatía en antipatía, su deseo en repulsión, y ponen entonces tantas energías en huir, en evitar o en rechazar el objeto ansiado como antes habían puesto en procurárselo. Son así en todas sus cosas: fantásticas y caprichosas; y presentan una extremada movilidad de ideas y sentimientos».

No insistiremos en estas presuntas características. Todo el mundo sabe ahora que se les pueden dirigir los mismos reproches a los degenerados hereditarios, y que, por otra parte, tal como hemos intentado demostrar en la primera parte de este trabajo, hay una multitud de histéricas que están lejos de responder a esta descripción.

Falret continúa así:

«En una palabra: la vida de las histéricas no es más que una perpetua mentira; afectan aires de piedad y devoción, y hasta llegan a hacerse pasar por santas, mientras que se abandonan en secreto a las acciones más vergonzosas, mientras que en el interior de su hogar montan las escenas más violentas a sus maridos y a sus hijos, en las que utilizan frases groseras y a menudo obscenas y se entregan a los actos más desordenados, ¡para, inmediatamente después, retomar en público sus fingidos aires de reserva, de modestia y de decencia!

»Un último rasgo, igualmente característico y propio de las histéricas, es la rapidez e incluso la instantaneidad de la producción de las ideas, las impulsiones y los actos.».

Retengamos esta última frase; sabemos que la *obsesión* y la *impulsión* constituyen la característica del estado mental de los degenerados hereditarios. Esto, en nuestra opinión, nos exime de insistir más sobre el asunto.

Es sin duda de degenerados de lo que habla nuevamente Falret en las líneas siguientes:

«Las histéricas se abandonan al instante a los impulsos que surgen en ellas espontáneamente, sin causa conocida y sin reflexión previa. Bajo la influencia de esos impulsos no motivados y a los que ni se les pasa por la cabeza resistirse, llegan inmediatamente a la acción, a menos que un motivo poderoso llegue de repente a detenerlas en el momento del paso al acto; pues esas impulsiones, por muy imperiosas que sean y agradables de satisfacer, no son sin embargo irresistibles, y las enfermas pueden abandonarse a ellas o resistirse, según su capricho».

La posibilidad de resistencia a la impulsión señalada aquí por Falret, aparte de que es bastante infrecuente, se encuentra igualmente en los degenerados hereditarios. Todo el mundo sabe que algunos enfermos claramente degenerados, obsesionados con la idea del asesinato, por ejemplo, pueden perfectamente resistirse a su obsesión. Esta obsesión los hace infelices, los martiriza, pero es muy poco común que pasen al acto. Muy al contrario, ellos mismos llegan a solicitar la ayuda del médico y piden que se les proteja de sus funestas propensiones.

«Por último, dice una vez más Falret, las histéricas son generalmente noveleras y soñadoras, dispuestas a dejar que prevalezcan las fantasías de su imaginación sobre las necesidades y las exigencias de la vida real; tienen con frecuencia también tendencias eróticas pronunciadas, aunque se ha exagerado mucho esta disposición habitual de su naturaleza; pues son más a menudo coquetas y vanidosas que verdaderamente ardientes y apasionadas».

Podría parecer además que el Dr. Falret hubiera sospechado la fragilidad de las características que enumera en la descripción de la «Locura histérica». La prueba de ello es que ha incluido este capítulo en una memoria sobre la «*Folie raisonnante ou Folie morale* [Locura razonante o Locura moral]» que, como todos sabemos, forma parte integrante del gran grupo de las locuras hereditarias.

Si se incluye la supuesta locura histérica en el grupo de las locuras hereditarias, no sirve de nada extenderse interminablemente a propósito de las modalidades de esta locura. Podemos observar, en efecto, que aparezcan todas las formas de delirio. En cuanto a las tendencias eróticas, las ninfomanías que han sido y son todavía la marca distintiva de la histeria para muchas personas e incluso para algunos médicos, no hay ningún motivo a favor de su persistencia en primera línea del cuadro clínico. No las encontraremos más a menudo de lo que las encontramos en los degenerados habituales.

Remitimos al lector, sobre este asunto, a lo que hemos dicho en la primera parte de este trabajo sobre la histeria en las prisiones y en particular en las prostitutas[21].

21. No incluido en esta selección.

Vemos cómo llega ahora hasta nosotros un autor que se cita en todas las ocasiones en que se trata de los histéricos y de su estado mental. Nos referimos a Legrand du Saulle[22].

Para él, hay que distinguir cuatro grados en los trastornos intelectuales (p. 200)[23].

«En las enfermas del primer grado, la histeria es leve, las facultades afectivas se han reducido algo, pero no se han alterado profundamente; es nerviosismo más que histeria propiamente dicha.

»En el siguiente grado, el trastorno es más pronunciado, la manera de percibir las impresiones del exterior y de reaccionar a las mismas muestra alterado el equilibrio de las facultades, una perturbación ya profunda del carácter, del yo pensante, y sobre todo del yo sensible. La enferma ya no goza de una entera libertad en sus decisiones; y si bien la responsabilidad no está completamente ausente, al menos ha quedado atenuada en ciertos momentos y respecto a ciertos actos.

»Un paso más, y se trata ya de histeria grave, histeria con impulsiones irresistibles, a veces con alucinaciones pasajeras, en cualquier caso con alteración manifiesta de las facultades. La enferma se ve conducida a realizar los actos más extraños y más temerarios, las acusaciones más desagradables, las denuncias más embusteras.

»El cuarto grado, finalmente, constituye la locura histérica».

Llamaremos la atención para empezar sobre el hecho de que esta división es completamente arbitraria, y que no responde a la realidad. Por otra parte, no se comprende muy bien esta demarcación entre ciertos estados de desequilibrio acentuado y un cuarto estado llamado «locura», a no ser que uno comprenda la palabra histeria como la gente vulgar, es decir, en un sentido que es cualquier cosa menos científico.

Pero el Sr. Legrand du Saulle, se aprecia con claridad, no ha observado en absoluto otra cosa que histéricos alienados. Se deduce de la manera en que habla. Ahora bien, quien dice histérico alienado dice degeneración mental con histeria, y una vez hecha esta salvedad su descripción es exacta en todos los aspectos.

El inconveniente está en que la haya aplicado a los histéricos sin reserva. E incluso utiliza términos muy desafortunados, como, por ejemplo cuando designa con el nombre de *ataxia moral* a las facultades afectivas de estos enfermos. Esta expresión ha tenido éxito y, no se sabe bien por qué, la encontramos repetida hasta la saciedad en todos los autores. Y sin embargo es completamente injusta respecto de un gran número de pacientes.

---

22. Henri LEGRAND DU SAULLE (1830-1886). Alienista, médico del hospicio de Bicêtre y luego de La Salpêtrière (Servicio de alienados), médico de la Enfermería Especial de la Prefectura de Policía de París, de la que fue médico-jefe en 1883. Clínico de fino instinto y experto forense de renombre, dejó abundante obra escrita (*La monomanie incendiaire, La Folie devant les tribunaux, Le délire des persécutions, La Folie héréditaire, La Folie du doute, Traité de médecine légale et de jurisprudence médicale*), entre la que señalaremos una monografía de 1883 dedicada a la histeria: *Les hystériques: état physique et état mental; actes insolites, délictueux et criminels* [*Los histéricos: estado físico y estado mental; actos insólitos, delictivos y criminales*].

23. [N. de C.] *Les hystériques, état physique et état mental*... París, 1883.

Una vez más, es a los degenerados hereditarios a quienes se puede aplicar los siguientes párrafos:

«Son numerosos los ejemplos de histéricas que se acusan a sí mismas de crímenes imaginarios, y que salpican sus narraciones con un lujo de incidentes y de detalles documentados perfectamente capaces de engañar a la justicia. Ese es el caso, bastante reciente, de esa joven que se declara culpable y se acusa a sí misma de haber asesinado a un joven a la orilla de un estanque, adonde habría caído a continuación. No apareció el cadáver; sin embargo el proceso estaba a punto de comenzar cuando, gracias a la intervención oficiosa de un médico familiarizado con las ficciones de este tipo, los magistrados llegaron a estar seguros de que se trataba de una histérica y de una historia que ella había creado hasta los últimos detalles…»

«Pero la histeria ha ido avanzando, el trastorno cerebral se ha acentuado; la necesidad de llamar la atención y de armar escándalos llega a ser imperiosa hasta tal punto que la enferma no retrocede ante las mentiras más atrevidas o las calumnias más abominables. Dice ser víctima de agresiones, lanza acusaciones con una audacia inimaginable y sin vacilar, profiere amenazas de suicidio, incluso de asesinato, trama con una habilidad sorprendente los complots más extraños, se dedica a las maquinaciones más horrendas. Es necesario que mienta, que engañe, que ponga en riesgo a los que viven a su alrededor. Con esta gravedad la histeria constituye un peligro real, sobre todo si un médico instruido no está presente para arrojar luz sobre estas actividades y para desmontar las mentiras en las que los magistrados se dejan atrapar a menudo, poco habituados a observar estas extrañas alteraciones del carácter y de la inteligencia».

Pasemos ahora a la descripción de lo que el Sr. Legrand du Saulle llama locura histérica. Cosa extraña en un médico tan competente en este orden de cosas, el autor se apresura en volver a caer en extravíos de otra época. Se basa en antiguas descripciones, y hace abstracción de signos somáticos que sin embargo son indispensables. El estado mental, tan vago, le basta para el diagnóstico. He aquí, en efecto, cómo se expresa (p. 292):

«Los desórdenes cerebrales que constituyen la locura histérica vienen acompañados frecuentemente por síntomas de tipo somático, que hemos descrito anteriormente y cuyo molesto cortejo procede de la depende de la gran histeria; las anestesias –anestesia general o hemianestesia–, las zonas de hiperestesia, el dolor ovárico o los ataques aparecen frecuentemente, en efecto, junto con la locura histérica.

»No por ello estos fenómenos, hay que ser consciente de ello, la acompañan forzosamente. Como ha señalado justamente Briquet, el delirio puede ser el fenómeno predominante y constituir por sí mismo, en cierto sentido, la histeria en su totalidad. Morel va incluso más lejos. Según éste, la locura histérica tiene tantas más probabilidades de establecerse cuanto menos llamativos sean los demás fenómenos mórbidos propios de la enfermedad.

»En los numerosos historiales clínicos de locura histérica que obran en mi poder, dice, han bastado algunas crisis histéricas, que se han producido en edad temprana, para que

nazca una fatal predisposición a delirar ulteriormente en el sentido de los actos extravagantes que voy a señalar como constitutivos de una de las características esenciales de la locura histérica».

»Poco importa, por lo demás, que el cortejo sintomático de la histeroepilepsia se observe o no al tiempo que los trastornos intelectuales; los desórdenes psíquicos se presentan siempre con la misma fisonomía general.

»Consisten en accesos de manía, de melancolía, en alucinaciones, en impulsiones irresistibles. Todos estos síntomas se dan juntos las más de las veces; la agitación maniaca, por ejemplo, va acompañada habitualmente por alucinaciones e impulsiones. Pero se diferencian, se distinguen con bastante claridad de los desórdenes análogos que dependen de una causa diferente a la histeria en ciertos caracteres que enseguida destacaremos».

Para tratarse de una apariencia simple, ya resulta bastante complicada; en cualquier caso, ello no tiene nada de específico y no es suficiente para legitimar la creación de una nueva subdivisión. En cuanto a las características que el autor promete exponernos, los hemos buscado en vano a lo largo de su libro.

Nada más falso, para terminar, que el siguiente pasaje, relativo a la tendencia al suicidio de los histéricos. Vemos que el autor está todavía sometido en este punto a la idea de que el fingimiento está presente en todo momento cuando se trata de los enfermos que nos ocupan. Veremos más adelante, gracias a las observaciones que nosotros referimos, que la idea de suicidio a veces es de una gravedad muy diferente en estos enfermos de la que suponía el Sr. Legrand du Saulle.

«En las histéricas, la tendencia al suicidio es bastante común, pero se presenta, en este caso, con ciertos caracteres específicos. En las formas más habituales de alienación, las ideas de suicidio son, en cierto modo, deducciones lógicas de convicciones falsas (melancolía, persecución, temor a la deshonra, miedo a arruinarse); en la histeria aparecen repentinamente sin motivo. No están asociadas a nada: se trata de una descarga, de una especie de vértigo accidental, de una impulsión, en el pleno sentido de la palabra. Por lo demás, lo más común es que la histérica se detenga sobre la marcha y que el suicidio rara vez se consume. Habitualmente encontramos en los preparativos que preceden a la realización del acto esa constante necesidad que obsesiona a la histérica de llenar con su persona el mundo que la rodea. Cuando intenta suicidarse, no actúa como los demás: una intentará ahorcarse con las cintas rosas de una caja de caramelos; otra intentará envenenarse en público, de manera ostentosa. La escenificación no suele faltar».

No insistiremos en el lirismo de este último pasaje, que refleja con gran exactitud las ideas y las inclinaciones de ciertos médicos.

De esta larga disertación sobre la histeria, en suma, no vemos nada que merezca la pena ser recordado, nada que legitime la creación de un nuevo tipo de delirio cuando tenemos al alcance de la mano, bien establecida, la existencia del grupo de los degenerados mentales.

El Sr. Grasset[24], en su artículo del *Diccionario Dechambre* (1889), enumera como características una reacción psíquica exagerada, la tendencia al fingimiento, la aberración, etc., etc.

El delirio, dice, es con frecuencia religioso, a veces erótico, también a veces melancólico.

Desde el punto de vista moral, se da lo que se ha convenido en llamar *ataxia moral*, el deseo de hacerse la interesante, etc., etc.

Todo ello es bastante vago, está bastante cogido por los pelos, por usar una expresión coloquial. Para Huchard[25], «la histérica no sabe, no puede, no quiere querer».

Schüle[26], en su tratado, tras haber ofrecido a propósito del temperamento histérico apreciaciones cuyo principal defecto es la oscuridad, tras haber disertado, como hacían los antiguos, sobre los apetitos sexuales de los enfermos –apetitos que no están en absoluto probados–, y sobre sus brillantes capacidades intelectuales –suposición que, ésta también, es completamente gratuita– llega a dar una descripción de una supuesta locura histérica.

Según dice, es *infinitamente variable*, bien aguda o bien crónica, pasajera o duradera. Todas las formas mentales pueden, según parece, hallarse en ella, pero «siempre tiene una fisonomía especial; las locuras histéricas constituyen un grupo *etiológico*».

He aquí, en efecto, una afirmación bastante temeraria, pero ¿qué habría ya que decir de un autor cuando distingue entre *locura histérica* y *locura histeroepiléptica*?

Huelgan los comentarios, no insistiremos más. Digamos simplemente que Schüle no ha encontrado nada original ni nuevo sobre las formas que describe –melancolía histérica, manía histérica, delirio sistematizado histérico–, y que en lo que concierne a la paranoia histérica, «evolución natural y completa de la locura histérica», la descripción del autor despliega un cúmulo de tipos y de ideas contradictorias, con las que estar de acuerdo es poco menos que imposible.

Krafft-Ebing[27], siguiendo en este aspecto a los autores franceses, después de haber reseñado las características habituales del estado mental de los histéricos, ofrece la descripción de un delirio que llama transitorio, a continuación la de un delirio histérico prolongado, y por último la de las psicosis histéricas (*hysterische Psychosen*).

---

24. Ver en este mismo tomo.

25. [N. de C.] HUCHARD, [«Caractère, mœurs, état mental des hystériques»], *Archives de Neurologie*, 1882, t. III, p. 187; y *Traité des névroses* de [Alexander] AXENFELD [2ª ed., editado y aumentado en 700 págs. por Huchard en 1883].

26. [N. de C.] [Heinrich SCHÜLE] *Traité clinique des maladie mentales*, trad. de Dagonet y Duhamel. París, 1888.

27. [N. de C.] *Lehrbuch der Psychiatrie*, 3ª edición [Auflage]. Stuttgart, 1888.

Estas últimas las divide en dos clases, según aparezcan en un ámbito histérico simple o sean un indicio de la «degeneración histérica». En el primer caso, dice, se trata de psiconeurosis (melancolía, manía) de pronóstico favorable, que se diferencian de las psicosis correspondientes no histéricas en una evolución por lo general más rápida y en la presencia de una mezcla de síntomas pertenecientes a la «gran neurosis».

En el segundo caso, las psicosis histéricas revelan la existencia de una «degeneración» funcional progresiva, constitutiva o hereditaria… En tal caso constituyen las *formas degenerativas* de la Locura razonante o *moral insanity*.

Krafft-Ebing insiste para terminar en los estigmas que les confieren a estas psicosis su carácter histérico.

Por todo lo dicho, vemos cuán vagos son los datos sobre este tipo de psicosis que en las obras clásicas se pone empeño en conservar con el nombre de locura histérica.

Nosotros creemos que ya es hora de reaccionar contra esta tendencia.

En nuestra opinión, al igual que Féré y que Déjerine[28], pensamos que hace falta distinguir completa y totalmente, en la supuesta locura histérica, dos formas de manifestaciones delirantes.

La primera forma pertenece exclusivamente al ataque, constituyendo la cuarta fase del mismo. A veces incluso constituye ella sola el ataque de histeria en su totalidad, de igual modo que, habitualmente, una contractura o una parálisis representan por sí solas todo el aparato histérico. Es esta variedad la que hemos estudiado rápidamente en la primera parte de este trabajo.

La segunda variedad, por el contrario, en contraposición a la primera, que posee caracteres netamente histéricos, no tiene nada de específico, nada de autónomo, tal como decíamos al comienzo de este capítulo.

Es imposible atribuirle caracteres y límites propios, del mismo modo que es imposible describir de una manera completa los delirios de los degenerados.

---

28. [N. de C.] «Las relaciones entre alienación mental e histeria son por lo tanto evidentes, no sólo existen entre ascendientes y descendientes, sino que pueden coexistir en el mismo enfermo. Legrand du Saulle ha estudiado acertadamente las manifestaciones psíquicas de la histeria, pero creo, junto con Féré, que deben separarse en dos grupos. Unas, en efecto, forman parte de la neurosis; tienen lugar durante el gran ataque constituyendo la forma delirante tal como la describe el Dr. Charcot; las otras, por el contrario, se manifiestan en los histéricos fuera de las manifestaciones convulsivas propias de los neuróticos». DÉJERINE, Tesis de agregaduría de cátedra [Probablemente: DÉJERINE, J., *L'Hérédité dans les maladies du système nerveux*, Thèse, Paris, Asselin et Houzeau, 1886.], p. 123.
«Las manifestaciones psíquicas de la histeria merecen ser clasificadas en dos grupos bien diferenciados. Unas que no son más que un episodio, una fase del ataque de histeroepilepsia, tal como ha sido descrita por el Sr. Charcot, y que se traduce en un delirio variable según los sujetos, pero siempre idéntico en el sentido de que tiene un lugar cronológico fijo en el ataque, del cual no puede separarse. Este delirio, que forma parte del ataque, es el único al que puede corresponder legítimamente la calificación de histérico. En cuanto a los trastornos psíquicos que se dan en los histéricos fuera de las manifestaciones convulsivas propias de esta neurosis, no deben ser atribuidos a la misma». Ch. FÉRÉ, «La Famille névropathique», *Archives de Neurologie*, 1884, t. VII, p. 11.

Las diversas modalidades «morales», el famoso «temperamento histérico», que todos los autores describen copiándose unos a otros, desparecen desde el momento en que entramos en el dominio mental. Y esto es cierto hasta tal punto que, cuando se considera la histeria ya no en la muchacha o en la mujer joven, sino en la mujer mayor o en el hombre, no encontramos ya ese famoso temperamento objeto de tanta ostentación y de tantas descripciones por parte de los autores. Es de conocimiento vulgar hoy día el hecho de que, en la mujer anciana y en el hombre histérico, ya no se da ese temperamento alocado, esa exuberancia de sentimientos y de pasiones a los que se nos ha habituado. Son, por el contrario, la neurastenia y la depresión melancólica las que entran en escena, y con una resistencia poco común.

Y sin embargo la neurosis sigue presente, sin cambio, con los mismos episodios convulsivos, sensitivos y sensoriales.

Lo que acabamos de decir es suficiente, en nuestra opinión, para demostrar lo que adelantábamos al principio, a saber, que los actos delirantes de cierta duración que se producen en los histéricos son expresión directa de la locura hereditaria.

Ello no quiere decir, por supuesto, que no haya que buscar los estigmas de histeria en los enfermos. El constatarlos es, por el contrario, algo indispensable. No hay nada más falso a este respecto que la afirmación repetida por todos los autores desde Morel, según el cual, en las histéricas delirantes, la histeria estaría larvada[29].

Por contra, podrá verse en las observaciones que reseñamos hasta qué punto son persistentes no sólo los fenómenos convulsivos sino incluso los fenómenos somáticos de la histeria.

Se trata, en suma, de una combinación de dos enfermedades que conservan por lo demás su respectiva autonomía.

Lo que se da es más bien adición que combinación de síntomas. En patología nerviosa no existen los híbridos[30].

29. [N. de C.] «Las histéricas hereditarias, desde el punto de vista de sus ascendientes, caen bajo la ley de Morel (histeria larvada, — «la epilepsia larvada, según dijo Morel, es siempre epilepsia hereditaria»), presentan también la predominancia de las formas delimitadas, vertiginosas, incompletas, sobre los fenómenos convulsivos, y no presentan más que algunos caracteres aislados de la histeria: clavo, ovarios» (FALRET, *Annales méd.-psych*., 1885, II, p. 85).

30. [N. de C.] G. Ballet, «État mental des héréditaires dégénérés», *Archives gén. de Méd*., 1888, p. 257. Uno de los alumnos del señor Ballet, el Sr. TABARAUD, ha realizado bajo su influencia una tesis excelente sobre «*Les rapports de la dégénérescence mentale et de l'hystérie* [Las relaciones entre la degeneración mental y la histeria]», París, 1888. Es una lástima que el Sr. Tabaraud haya creído deber suyo el reproducir una frase del Sr. LEGRAIN donde se dice que «la mayor parte de los histéricos, por no decir todos, son degenerados». Tabaraud añade: «De ahí a decir que la histeria forma parte en cierto modo de la degeneración, que debe ser considerada como uno de sus síndromes, por así decir, no hay más que un paso» (p. 28). Esto contradice las ideas enunciadas por el Sr. Ballet.

Emil KRAEPELIN
(1856-1926)

Emil KRAEPELIN[1] nació en Prusia, en la ciudad de Neustreliz, capital del gran ducado de Mecklemburg, en el norte de Alemania, el 15 de febrero de 1856.

Comenzó sus estudios de medicina en Leipzig en 1874, los continuó en Wurtzburg en 1875 y terminó su primer ciclo en 1876. Cursó psiquiatría con Franz von Rinecker y Hermann Emminghaus. En 1877 prosiguió sus estudios de medicina en Leipzig, a fin de poder asistir a los cursos de psicología de Wundt, pero a solicitud de Rinecker regresó a Wurtzburg el 7 de julio de 1877 para ocupar su primer puesto como médico asistente aunque todavía no había leído la memoria de licenciatura; tuvo entonces su primer contacto con pacientes mentales, que no le agradó. En junio de 1878 terminó sus exámenes de medicina y se propuso ser profesor de psiquiatría. En julio fue nombrado

1. Fuentes: Emil KRAEPELIN, *Memorias*, Majadahonda (Madrid), Ergon, La Biblioteca de los Alienistas del Pisuerga, 2010; Ramón ESTEBAN ARNÁIZ, , «*Kaiser* Kraepelin», introducción a: KRAEPELIN E, *Cien años de psiquiatría*, Madrid, AEN, 1999, pp. 7-22.

asistente de Bernard von Gudden en Munich, donde permaneció cuatro años. Volvió a marchar a Leipzig en febrero de 1882 con el fin de obtener una plaza de *Privatdozent*. Primero fue asistente de la clínica psiquiátrica de Flechsig, pero después, enemistado con él, trabajó con el neurólogo Erb, haciendo a la vez investigaciones en el laboratorio de Wundt. En 1883, publicó la primera edición del *Compendium der Psychiatrie*, que llegaría a convertirse edición tras edición en su gigantesco *Lehrbuch*.

Bloqueada su carrera en Leipzig por la enemistad de Flechsig, vuelve a Munich en el otoño de 1883 y se doctora con una tesis sobre el *Lugar de la psicología en la psiquiatría*[2]. Obtiene por fin su habilitación como *Privatdozent*, pero su deseo de contraer matrimonio inclina la balanza: renunciando a la carrera académica acepta en julio de 1884 un puesto de médico adjunto en Leubus, en la Baja Silesia (actualmente Lubiaz, Polonia), y se casa el 4 de octubre; el 1 de mayo de 1885 se traslada a Dresde a otro puesto similar.

En 1886 es al fin nombrado profesor extraordinario de psiquiatría en Dorpat, en territorio ruso (actualmente Tartou, Estonia), donde había una universidad alemana: su objetivo, ser profesor de psiquiatría a los treinta años, se cumplía. Sin embargo, en Dorpat experimentará diversas dificultades: la primera, el idioma; la segunda, el presupuesto de la clínica; la tercera, la baja calidad de las instalaciones, las frecuentes enfermedades somáticas, etc. No es raro que haga todo lo posible por volver a suelo germano y que recuerde esa época como «una especie de exilio», aunque reescribe allí otras dos ediciones de su *Tratado* (1887 y 1889).

En 1891 es nombrado profesor ordinario de psiquiatría en Heidelberg, donde permanece hasta 1903, fecha en la que se le adjudica la cátedra de Munich, y al año siguiente inaugura la famosa Clínica Real de Psiquiatría. Jamás dejará ya de trabajar en esa ciudad. En ella funda en 1917 la célebre *Deutsche Forschungsanstalt für Psychiatrie*, Fundación Alemana de Investigación en Psiquiatría, que será integrada en 1924 en el seno del *Max Planck Institut* (todavía existe, con el nombre de *Max Planck Institut für Psychiatrie*). Se jubila en 1922 pero no abandona su infatigable afición a los viajes, uno de los cuales le trae a España el 30 de diciembre de 1924 invitado a la fundación de la Asociación Nacional de Neuropsiquiatras[3], origen de nuestra actual A. E. N. Muere el 7 de octubre de 1926 víctima de una neumonía cuando estaba redactando la novena edición de su *Lehrbuch*.

A Kraepelin se debe el concepto de «demencia precoz» (de efímera duración, pronto sustituido por el de esquizofrenia, de Eugen Bleuler), un intento de delimitación de la paranoia, y la separación de la psicosis maníaco-depresiva, hasta entonces fragmentada en una serie de formas clínicas dispersas. Sobre esos y otros temas dejó más de dos centenas de artículos, además de las nueve ediciones de su extenso *Tratado de psiquiatría* como cristalización de sus ideas nosográficas.

---

2. Publicada años después con algunos cambios: «Der psychologische Versuch in der Psichiatrie», *Psychol. Arbeiten*, 1896, 1, pp. 1-91.

3. Ver José LÁZARO, «La reunión fundacional de la Asociación Española de Neuropsiquiatras», *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 1995, XV, 53, pp. 295-308.

Pero poco después su muerte ya se abrió el debate sobre su valor permanente o no[4]. En 1938, Robert Gaupp creía que el trabajo de Kraepelin era «indestructible» y que incluía nada menos que la «precondición de cualquier investigación» en psiquiatría... a la vez que proporcionó seguramente sin querer el fundamento de las leyes nazis sobre eugenesia[5]. En el centenario de su nacimiento, en 1956, Kahn[6] y otros opinaban que el mundo civilizado estaba en deuda con Kraepelin por su nosología psiquiátrica. Pero en la misma ocasión, Gruhle, ex-discípulo, resaltaba que su punto de vista acerca de neurosis y psicosis «ya no proporcionaba ninguna base» para la investigación actual[7]. En los años 60, el florecimiento de las corrientes antinosográficas y la antipsiquiatría le convirtieron en la «cabeza de turco» del momento, según , Ellemberger[8]. Desde 1970, el intento de los sedicentes neo-kraepelinianos, agrupados en torno a los sucesivos manuales DSM, de abanderarse bajo la imagen del nosógrafo de Munich, no se ha visto exento de críticas, tanto por su buscada ignorancia de los factores socioeconómicos en el malestar mental, como por su negación beligerante de todo tipo de conceptualización psicodinámica, amén de otras exageraciones exegéticas.

Pese a las críticas, su obra ha sido hasta hoy más perdurable que la de sus predecesores, lo cual se debe en gran parte a las ampliaciones y correcciones que de ella hicieron otros autores germanos, como Eugen Bleuler, Ernst Kretchsmer y Kurt Schneider, y a que se adecua a las expectativas de quienes creen firmemente en el abordaje médico como única posibilidad de acercarse a la locura, posicionamiento respaldado por las distintas caras del poder en la sociedad occidental.

4. Ver ENGSTROM, E. J.; WEBER, M. M. (eds.), «Introduction to Special Issue 'Making Kraepelin history: a great instauration?'», *History of Psychiatry*, 2007, 18, 3, 71 (número especial), pp. 267-273.

5. GAUPP R., «Die Lehren Kraepelins in ihrer Bedeutung für die heutige Psychiatrie», *Zeischrift für die gesamte Neurologie und Psychiatrie*, 1939, 165, 45-75.

6. KAHN E., «Emil Kraepelin: ein Gedenkblatt zum 100. Geburstag», *Monatsschrift für Psychiatrie und Neurologie*, 1956, 131, pp.190-192.

7. GRUHLE H. W., «Emil Kraepelin 100. Geburstag», *Der Nervenarzt*, 1956, 27, 241-244.

8. ELLEMBERGER H. F., *The Discovery of the Unconscious: The History and Evolution of Dynamic Psychiatry*, Nueva York, Basic Books, 1970.

Emil KRAEPELIN

LOCURA HISTÉRICA[9]

— 1901 —

Señores:

La señorita de treinta años, cuidadosamente vestida de negro, que entra en la sala apoyándose en la enfermera, avanzando con pasos cortos, se hunde en una silla como agotada y transmite la impresión de que está sufriendo. Es de complexión delgada, encogida sobre sí misma; los rasgos son pálidos, ligeramente torcidos de dolor, los ojos bajos; sus dedos esbeltos y cuidados juegan inquietos con un pañuelo. La enferma responde despacio a las preguntas que se le dirigen, con voz cansada, sin levantar la vista; nos percatamos de que está perfectamente orientada respecto al tiempo, el lugar y el entorno. Al cabo de unos minutos, de repente la enferma cierra convulsivamente los ojos, inclina la cabeza hacia adelante y da la impresión de que se ha sumido en un profundo sueño. Los brazos están fláccidos y caen como si estuvieran paralizados cuando se los levantamos. La enferma ya no responde; si tratamos de abrirle los párpados, los globos oculares de repente se giran hacia arriba. Si le damos unos alfilerazos, sólo le producen un ligero estremecimiento. En cambio, rociarla con agua fría le provoca un profundo suspiro; la enferma se levanta, abre los ojos, mira con asombro a su alrededor, y poco a poco vuelve en sí. Según nos dice, acaba de tener uno de sus «ataques de sueño», de los que viene sufriendo desde hace siete años. Estos ataques se presentan de forma bastante irregular, a menudo muchos en un día, y duran desde unos minutos hasta media hora.

---

9. Fuente: para esta traducción se han usado las dos primeras ediciones de *Introducción a la clínica psiquiátrica* (*Einführung in die psychiatrische Klinik: Dreissig Vorlesungen*, Leipzig, Johann Ambrosius Barth, 1901 [1ª ed.], pp. 266-272, Conferencia XXVI; *Einführung in die psychiatrische Klinik: Zweiunddreissig Vorlesungen*, Leipzig, Johann Ambrosius Barth, 1905 [2ª ed.], pp. 264-270, Conferencia XXV). Los textos de ambas ediciones son prácticamente idénticos, salvo variaciones irrelevantes. De los dos casos presentados por KRAEPELIN, para esta edición sólo se traduce el primero. Traducción: José María Álvarez.

En cuanto a la historia de su vida, la enferma nos dice que sus padres murieron hace ya dieciséis años, uno poco después del otro. Un hermanastro del padre intentó suicidarse; un hermano de la enferma es un individuo rarísimo. Hay que añadir que otros dos hermanos dan la impresión de ser muy nerviosos. En la escuela aprendió con facilidad; fue educada en colegios de monjas y aprobó el examen para ejercer de maestra. Cuando era niña había inhalado una gran cantidad de cloroformo, el cual había conseguido en secreto para tratar un dolor dental. Más tarde se le extirparon unos pólipos en la nariz, lo que mejoró los dolores de cabeza de los que había sufrido mucho hasta entonces. Era propensa, cuando sufría enfermedades febriles, a caer en estados de *delirium* [*deliriöse Zustände*][10]. Hace trece años trabajó de institutriz en Holanda, pero pronto comenzó a estar enferma, y ha pasado los últimos siete años en diferentes hospitales, excepto un breve intervalo de tiempo en el que trabajó en la región de Moravia[11].

Como se desprende de las declaraciones de sus parientes y de los médicos, la enferma ha padecido las dolencias más variadas y se ha sometido a las curas más extrañas. A causa de violentos dolores abdominales y alteraciones de la menstruación, atribuidos a estenosis del canal cervical y retroflexión del útero, se recurrió hace cinco años a una escisión en forma de cuña y a la introducción de un pesario[12]. Más tarde perdió la voz y tuvo unas contracturas en el antebrazo derecho y el muslo izquierdo, tratadas con masaje, electricidad, vendajes y estiramiento con ayuda de un anestésico. Se produjo además opresión

10. Traducimos *deliriöse Zustände* por 'estados de *delirium*' y no por 'estados delirantes' o 'delirio', como hacen los traductores al francés y al inglés, como también hizo en 1905 Santos Rubiano, el traductor al español. Véase, respectivamente: *Introduction à la psychiatrie clinique*, París, Vigot Frères, 1907 [traducción de la 2ª ed. alemana]; *Lectures on clinical psychiatry*, Nueva York, William Wood and Company, 1904; *Introducción a la clínica psiquiátrica*, Madrid, Ed. Saturnino Calleja, 1905 [traducción de la 2ª ed. alemana]. Las diferencias entre delirio y *delirium* son de sobra conocidas por los psicopatólogos y se han establecido con independencia de las lenguas y las diversas tendencias y orientaciones: el delirio (*délire, Wahn, delusion*) es un trastorno de las ideas o representaciones que el sujeto elabora a partir de un axioma o fórmula delirante, elaboración que según Freud constituye un intento de reequilibrio; por el contrario, el *delirium* es una alteración de la conciencia debida a intoxicaciones o algún tipo de afectación cerebral que consiste en desorientación témporo-espacial, amnesia, alucinosis visual de tipo onírico, confabulación e ideas deliroides frecuentemente ocupacionales, como se observa en el *delirium tremens* alcohólico, su mejor ejemplo. En estas lecciones se advierte que para KRAEPELIN las diferencias entre el delirio (*Wahn*) y los delirios (*Delirien*) o *delirium* (*Delirium*) son evidentes y se basan en cuanto se acaba de comentar; cuando comenta los delirios de los paralíticos, es decir, de los sifilíticos, escribe *Paralytisches Delirium*; cuando expone las formación de ideas delirantes en los paranoicos, deja claro que se trata de *Wahnbildungen*. Al respecto puede consultarse: J. Mª. ÁLVAREZ, «Límites de la concepción fenomenológica del delirio», *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.*, 1996, vol. XVI, nº 58, pp. 257-276; J. Mª. ÁLVAREZ; R. ESTEBAN y F. SAUVAGNAT: *Fundamentos de psicopatología psicoanalítica*, Madrid, Síntesis, 2004, p. 425 y ss.

11. Hay una errata en el original (tanto en la 1ª como en la 2ª edición): KRAEPELIN escribe: «*Vor 3 Jahren* […]». Creemos que debería decir *13 Jahren* (y así lo traducimos), porque de lo contrario sería incongruente con los hechos que se refieren en ese mismo párrafo.

12. Pesario: dispositivo que se coloca en la vagina para corregir el descenso de la matriz. También se utilizaba antaño para la administración intravaginal de sustancias medicamentosas.

en el corazón y respiración espasmódica, también parálisis en diversos grupos musculares que se le pasaban rápidamente, molestias en la micción, diarrea, dolores, sensaciones desagradables, a veces en esta y otras en aquella parte del cuerpo, pero sobre todo dolores de cabeza. Al mismo tiempo se observa un fortísimo y repentino cambio del estado de ánimo, con ensimismamiento; de manera que quienes la rodean y los familiares se quejan de que ella no hace caso, aunque estos últimos hacen los mayores sacrificios para con la enferma. Se intentaron con ella cuantos tratamientos se consideraron adecuados: baños de salmuera, baños rusos, baños de agujas de pino, electricidad, aire del campo, centros de veraneo, y, por último, una residencia en la Riviera; se ha probado de todo, pero casi siempre sin éxito o sólo con un éxito muy pasajero.

El motivo del último ingreso de la enferma en el hospital es el aumento, desde hace dos años, de los «ataques de sueño», los cuales le sucedían incluso cuando se hallaba de pie y podían durar hasta una hora. La enferma no se caía, sino que se inclinaba sobre algo. Incluso aquí en el hospital continuaron estos ataques; se observaron además espasmos de las vías respiratorias que podían ser influenciados por la sugestión. Con los experimentos hipnóticos sólo se conseguía hipotaxia[13]; las curas mediante sugestión no se demostraron duraderas. Pero el rociado con agua fría y la corriente farádica eran bastante efectivos, incluso contra la parálisis que se producía de vez en cuando. Después de pasar ocho meses aquí, la enferma volvió de nuevo a vivir con su hermana. Pero al cabo de unos meses tuvo que ser ingresada en otro manicomio, donde permaneció cerca de un año y, de nuevo, tras una breve estancia con la familia, volvió con nosotros.

Durante su estancia aquí, además de sus trastornos anteriores, la enferma ha presentado los llamados «grandes ataques». Vamos a tratar de reproducir un ataque mediante la presión sobre la zona más sensible del ovario izquierdo. Después de uno o dos minutos de presión moderadamente fuerte, en los que la enferma manifiesta un dolor intenso, su expresión facial cambia. Con los ojos cerrados se agita de un lado a otro, gritando en voz alta, sobre todo en francés, que no la toquemos más. «No debes hacerme nada, perro, *cochon*, *cochon*»[14]. Pide ayuda, empuja con las manos, y se retuerce como si estuviera tratando de escapar de un ataque sexual. Cada vez que la tocan aumenta su tensión. Todo su cuerpo está fuertemente inclinado hacia atrás. De repente, la escena cambia; la enferma suplica encarecidamente, entre gemidos y lloros, que no la maldigan. También este estado pudo resolverse muy rápidamente con una rociada de agua fría. La enferma se sobresalta, se despierta con un profundo suspiro y mira fijamente alrededor, dándonos la impresión de cansancio y desconcierto. No puede explicar lo que ha sucedido.

La exploración somática de la enferma no muestra trastornos especiales en la actualidad, a parte de los ya mencionados; sólo se aprecia una debilidad muy marcada, a consecuencia de la cual la enferma a menudo tiene que permanecer en la cama o mantenerse recostada. Todos sus movimientos son blandos y débiles, como si fuera una parálisis, aunque no hay

13. Hipotaxia: disminución moderada de los movimientos voluntarios.

14. *Cochon*, 'cerdo'; en francés en el original.

incapacidad real alguna. El sueño es frecuentemente muy malo; la enferma vaga por la noche, despierta a las enfermeras y hace llamar al médico. Asimismo, el apetito es muy moderado, pero la enferma tiene la costumbre de picar entre comidas todo tipo de pasteles, fruta y mermelada, que le son suministrados por sus allegados ante sus súplicas.

Lo que nos llama la atención de este cuadro clínico es, sobre todo, el ir y venir, en forma de ataques, de una serie de tipos de trastornos diferentes; por otra parte, la posibilidad de intervenir sobre ellos mediante influencias externas. Estas dos peculiaridades inmediatamente nos muestran con certeza que nos hallamos ante esta enfermedad conocida como *histeria*. La esencia reside, en mi opinión, en que todos los trastornos pueden ser causadas por *medios psicológicos* mediante representaciones[15] con un contenido emocional excepcionalmente fuerte. Cualquiera que sea la variopinta colección de fenómenos presentados, todos ellos se pueden ocasionar mediante una violenta sacudida emocional. Lo enfermizo aquí es el hecho de que los trastornos aparezcan aunque no haya habido motivo o el motivo sea muy insignificante. En los «grandes ataques» la enferma dice que recuerda, en forma de ensueño, sucesos que le ocurrieron tiempo atrás. Estos son, en primer lugar, un examen ginecológico al que le había sometido un médico holandés con bastante rudeza, y, en segundo lugar, una maldición que le había lanzado su tía.

El hecho de que todas estas alteraciones se producen por representaciones emocionalmente intensas, lo prueba con mucha claridad el que pueden ser eliminadas de inmediato y por completo mediante influencias psicológicas. A este respecto resulta muy instructivo una contracción de la mano derecha de la enferma, provocada por su anterior médico con una pregunta intrascendente acerca de una alteración que se observaba anteriormente con frecuencia. Al día siguiente, la mano se cerró con tanta vehemencia que las uñas se clavaron en la piel. Después de una breve instrucción acerca de la metaloterapia, se dio con la clave para resolver la tensión tras ponerle una pieza de oro en el carpo. Aún mejor y más duradero fue el efecto ocasionado por el cepillo farádico. El sueño mejoró con agua destilada con aditivos inofensivos y con azúcar en polvo, mientras que los hipnóticos no causaron casi ningún efecto; otro tanto sucedió con el resto de achaques, que desaparecieron por el mismo procedimiento, el cual sólo actuaba en la imaginación. Sin embargo, el éxito de todos ellos fue sólo temporal, como era de esperar debido a la volubilidad de los sentimientos; después de unas horas o días, con o sin causa exterior, uno u otro de los viejos síntomas retornaba.

La naturaleza caprichosa de los fenómenos histéricos induce con demasiada facilidad a la acusación de engaño intencionado y artificiosidad. Pero muchos de los trastornos observados difícilmente pueden ser imitados, o no se pueden imitar del todo; otros, descubiertos por casualidad, nunca han llegado a la conciencia de la enferma, en particular la reducción de ciertas áreas de la percepción. Estas circunstancias me parecen confirmar la hipótesis de que siempre prevalecen los impactos no controlados de sentimientos muy vivos.

15. Representaciones o ideas (*Vorstellungen*).

Por otra parte, la morbilidad de la enfermedad, incluso cuando los trastornos son en realidad fingidos o exagerados en gran medida, se muestra por el curso completo de vida de la enferma. A pesar de sus excelentes dotes mentales, nuestra enferma nunca ha sido capaz de arraigarse en algún lugar, sino que durante muchos años ha estado pasando de las manos de un médico a las de otro. Reconocemos la alteración profunda de la voluntad, que nunca dejamos de ver en los histéricos. A pesar de las lamentaciones que continuamente expresa al médico sobre su propio sufrimiento, sea mediante palabras o cartas, nuestra enferma carece por completo de la capacidad de imponerse con tenacidad la superación de los síntomas de la enfermedad. De hecho, su enfermedad le da una cierta satisfacción [*Genugtuung*], lo que hace que se resista involuntariamente cuando se toman medidas para curarla. De ahí la constante aparición de nuevos y cada vez más extraños trastornos; también las exageraciones, las demandas al médico y el deseo ardiente de atraer la atención sobre su propio estado, se explican porque la enfermedad se ha convertido, básicamente, en una *necesidad esencial de la vida*.

Con su destreza cada vez mayor en la enfermedad, las simpatías emocionales de la enferma se limitan progresivamente a la promoción de sus propios deseos egoístas. Sin consideración alguna intenta atraer la mayor atención de quienes la rodean; con el pretexto más nimio obliga al médico a ocuparse de ella de día o de noche; es extremadamente sensible a cualquier desatención evitable que se cometa con ella; es celosa del trato preferente a los otros enfermos; y, mediante quejas, acusaciones y rabietas, intenta dominar al personal del hospital. Los sacrificios realizados por los demás, sobre todo por su familia, los considera la cosa más natural; cuando en ocasiones expresa agradecimientos de forma exagerada, sólo lo hace para allanar el camino a nuevas demandas. Con el fin de asegurarse la atención de quienes la rodean, recurre a descripciones cada vez más extremadas de sus tormentos físicos y mentales, a la exageración histriónica de sus ataques, los cuales ilustran perfectamente su persona. Se refiere a sí misma como la abandonada, la marginada. En insinuaciones misteriosas confiesa faltas y espantosas y deliciosas experiencias, que ella sólo confía a la discreción del médico y compañero del alma.

La locura histérica es la expresión de una *predisposición enfermiza peculiar* y puede alcanzar mayor desarrollo por circunstancias externas, aunque éstas no la originan. Respecto a nuestra enferma, el comienzo del padecimiento se remonta a la juventud. Por ello no podemos esperar que el tratamiento tenga tanto éxito como para realizar una transformación de la personalidad. Estos pacientes, en quienes se ha arraigado el desarrollo egoísta del sentimiento y la voluntad, además de los otros síntomas de la histeria, se convierten por lo general en un permanente calvario para sus allegados y médicos. Las manifestaciones individuales de la enfermedad pueden cambiarse, pero la base de la que surgen una y otra vez se mantiene esencialmente sin ningún cambio[16].

16. [Nota de Kraepelin] La enferma, tras permanecer un año en el manicomio sin ningún cambio psicológico, murió de tuberculosis pulmonar.

Hyppolite BERNHEIM
(1840-1919)

Hyppolite BERNHEIM[1] nació el 17 de abril de 1840 en Mulhouse (Alsacia). Estudió medicina en Estrasburgo, y se doctoró allí en 1867. Profesor agregado en el momento en que estalló la guerra de 1870, optó por Francia, se marchó de Alsacia y fue nombrado en 1872 suplente de Hirtz en la Facultad de Nancy. Siete años más tarde ganó la cátedra de Clínica Médica.

Era un internista al que nada había llevado a interesarse por las enfermedades de la mente hasta 1882, fecha en que llamó su atención la fama de Auguste Liébeault, que en un arrabal de Nancy trataba a sus pacientes mediante el sueño inducido. Se decidió a conocer el método y, seducido por los resultados que obtuvo, además –según se dijo– de haberse aliviado con él de una ciática especialmente rebelde a otros tratamientos, rápidamente se convirtió en teórico principal y jefe de la que sería conocida después como

1. Fuente principal: Pierre MOREL, *Dictionnaire biographique de la psychiatrie*, Le Plesis-Robinson, Synthélabo, 1996, p. 32.

Escuela de Nancy, reuniendo junto a él a Liébault, a Beaunis y al jurista Liégeois. Desde 1882 publica en la *Revue médicale de l'Est* «Magnetoterapia. Estudio histórico y nuevos hechos», seguido un año después de una serie de artículos que bajo el título «Sobre la sugestión en estado hipnótico y en estado vigil» serán recopilados en un volumen editado por Doin en 1884, que contiene lo esencial de su doctrina.

Rechazando las teorías fluídicas y magnéticas, negando las acciones del imán y cualquier otro fenómeno «maravilloso», consideró el sueño hipnótico (o inducido) como un estado fisiológico que se puede conseguir con mayor o menor facilidad en cualquier individuo. El estado hipnótico no es exclusivo de la histeria, y el mecanismo que entra en juego es el de la sugestión. Sostuvo así una opinión diametralmente opuesta a las teorías charcotianas, lo que desencadenó una pugna con la escuela de La Salpêtrière que no se apagó con la muerte de Charcot y tuvo prolongaciones en la obra de Gilles de la Tourette y en la de Babinsky. Justo es reconocer que en la atmósfera de euforia cientista que rodea al estudio de la histeria en esa época previa a la «revolución» freudiana, los de Nancy fueron parte de la escasa minoría que conservó una cierta distancia crítica.

A continuación, la teoría de Bernheim siguió desarrollándose a contracorriente de las ideas reinantes, lo que añadió algunos oponentes más. Afirmó que podía conseguirse la influencia sin llegar a provocar el sueño, es decir, sin hipnosis, «si por ese término entendemos el de sueño provocado», y que el hipnotismo no era en el fondo sino la puesta en práctica de la sugestión, con o sin sueño inducido. Así, la hipnosis pasaba a ser un procedimiento psicoterapéutico más, que podía emplear medios diversos: «sugestión verbal en estado de vigilia o de sueño, persuasión racional y emocional, sugestión incarnada en la práctica médica», etc. (*De la sugestión*, 1911).

En 1910, Bernheim se jubiló y se domicilió en París, publicando aún *Sueño y sonambulismo* (1912), *La histeria* (1913) y *Automatismo y sugestión* (1917). Murió el 22 de febrero de 1919.

Recordemos que Freud, «con la intención de perfeccionar su técnica hipnótica», como él mismo se retrata en *Mi vida y el psicoanálisis*, pasó varias semanas durante el verano de 1889 en el Servicio de Bernheim, y tradujo dos de sus obras más importantes: *Sobre la sugestión y sus aplicaciones a la terapéutica* en 1889, e *Hipnotismo, sugestión, psicoterapia* en 1892.

Hyppolite BERNHEIM

DE LA LOCURA HISTÉRICA[2]

— 1913 —

La constitución llamada psicopática histérica. — La personalidad histérica[3]. — Trastornos psíquicos transitorios. — Locura histérica o psiconerviosa.

En un capítulo precedente he hablado de los estigmas mentales atribuidos, equivocadamente en mi opinión, a los histéricos. Vuelvo ahora a tratar este tema, que hay que considerar de nuevo a propósito de las psicosis llamadas histéricas.

La mayor parte de los médicos, por no decir todos, reconocen la existencia de una anomalía mental primitiva que se ha designado con el nombre de *constitución psicopática histérica*[4], caracterizada por los estigmas que he mencionado.

La histeria sería una de las formas de degeneración mental, dicen unos, de acuerdo con Joffroy[5]. La histeria y la degeneración mental serían dos estados bien diferenciados, pero cercanos el uno del otro y muchas veces relacionados, piensan otros, con Gilbert

2. Fuente: Hyppolite BERNHEIM, *L'hystérie. Définition et conception. Pathogénie. Traitement*, París, Octave Doin, 1913. Seleccionamos el Capítulo XIII, «De la folie hystérique», pp. 348-363. Traducción: Héctor Astudillo del Valle.

3. En el original, *mentalité hystérique*. Es difícil traducir *mentalité* de un modo unívoco, ya que no se corresponde con 'mentalidad' en castellano. *Mentalité* alude de modo global al estado psíquico pero también a sus rasgos permanentes, sin coincidir del todo con términos más actuales, tales como 'carácter', 'personalidad', etc., que en esa época no estaban aún delimitados. A veces se puede deducir a qué concepto actual se referiría el concepto de *mentalité* y a veces no. Por lo general, lo traduciremos como 'personalidad'.

4. [Nota de BERNHEIM, a partir de aquí, N. de B.] ZIEHEN. *Psychiatrie*, 1908.— LARUELLE. Les Psychoses hystériques. *Rapport au Congrès de Neurologie et de Psychiatrie de Gand*, 1908.

5. Alix JOFFROY (1844-1908), neurólogo y psiquiatra francés. Ocupó la cátedra de Enfermedades Mentales y del Encéfalo en París, e insistió para que la psiquiatría se incluyese como asignatura obligatoria en la licenciatura de Medicina.

Ballet[6]. Se trataría de una especie de infantilismo mental, según Dubois[7], de Berna. Se trataría de una mera intensificación de la mentalidad femenina habitual, según Falret[8] y Francotte[9]. Sugestionabilidad excesiva, conducta instintiva, impulsividad, anomalía de los instintos, sobre todo de los instintos sexuales, inclinación a la mentira o mitomanía, inestabilidad mental, tendencia a soñar, extrema variación de los sentimientos, variabilidad de los estados afectivos, simpatía, antipatía, cólera, angustia, tristeza, actos incoherentes, impulsivos, etc.; he aquí junto a los estigmas nerviosos lo que caracterizaría la constitución psicopática de los histéricos. Cada autor, por lo demás, ha modificado los trazos de este cuadro conforme a su impresión personal.

Muchos sujetos que presentan de forma completa o incompleta estos rasgos de personalidad no tienen ninguna crisis de histeria. Pero como esto último no es necesario, según se dice, para definir la enfermedad, este cuadro mental más o menos acusado bastaría para confirmar el diagnóstico, sobre todo cuando va acompañado por los estigmas, y se sabe que esos estigmas se producen fácilmente, aunque el médico no lo quiera, por la sugestión que conlleva su propia exploración.

En la medida en que la histeria se viene considerando como una enfermedad general psíquica de desequilibrio y de disgregación, enraizada en una psicopatía constitucional, ha hecho falta, naturalmente, sintetizar los elementos que constituyen esa personalidad específica, y se ha etiquetado de histéricos a todas las personas psíquicamente inestables, y especialmente a las mujeres, presenten o no presenten crisis.

Lo que también ha podido sustentar esta opinión es que los sujetos impulsivos, instintivos, volubles, que tienen impresiones muy vivas, que tienen más emotividad que control, son en general psiconerviosos, en los que todas las emociones o algunas de Lo que también ha podido sustentar esta opinión es que los sujetos impulsivos, instintivos, volubles, que tienen impresiones muy vivas, que tienen más emotividad que control, son en general psiconerviosos, en los que todas las emociones o algunas de ellas se dan a rienda suelta y determinan a veces reacciones psicodinámicas variables, exageradas y no reprimidas a causa de la preeminencia del automatismo sobre el control. De ahí que se den psiconeurosis diversas, dolores excesivos, impotencias funcionales, parálisis,

---

6. Gilbert BALLET (1853-1916), neurólogo y psiquiatra francés. Sucedió a JOFFROY en la cátedra de Enfermedades Mentales, tras ocupar unos años la de Historia de la Medicina. Fueron famosas sus «Lecciones de los domingos» en Sainte-Anne, abiertas a un público mundano, y sus trabajos sobre la psicosis alucinatoria crónica, bastión de la escuela francesa frente al concepto bleuleriano de esquizofrenia.

7. Paul Charles DUBOIS (1848-1918), conocido como DUBOIS DE BERNA porque se licenció allí y llegó a obtener una cátedra de Neuropatología. Amigo de DÉJERINE desde la infancia e inclinado hacia los temas de la patología mental. Escribió *Acerca de la influencia de la mente sobre el cuerpo* (1901), *Las psiconeurosis y su tratamiento moral* (1904) y *La educación de uno mismo* (1908), entre otras.

8. Probablemente se refiere a Jules FALRET (hijo de Jean-Pierre FALRET), quien en sus *Études cliniques sur les maladies mentales et nerveuses* (París, J.-B. Baillière et fils, 1890) describe el carácter histérico. Véase el correspondiente texto de Jules FALRET en este volumen compilatorio, p. 81 y ss.

9. Probablemente Xavier FRANCOTTE (1854-1921), de origen belga, que escribió *Le Génie et la Folie* [*El Genio y la Locura*] en 1890, y *L'anthropologie criminelle* [*La antopología criminal*] en 1891.

anestesias, contracturas, espasmos, afonía, tartamudeo, alucinaciones, etc., psiconeurosis pasajeras o permanentes, o sujetas a recidivas por representación mental o autosugestión emocional. Entre estas psiconeurosis se encuentra la crisis de histeria.

No es que por ser psiconerviosos o histéricos, por presentar la llamada personalidad histérica, sean instintivos, impulsivos, volubles, etc. Al contrario, por ser tan fácilmente impresionables y presentar esa particular psicofisiología cerebral es a lo que se debe que puedan estar sujetos a ciertas psiconeurosis y a la emotividad histerogénica.

Pero esta modalidad mental, muy variable en sus modos de aparición, muy extendida, existe a menudo sin crisis de histeria en sujetos que no son histerizables[10]; y la mayor parte de los que lo son no tienen ninguna de las características de esa constitución psicopática. ¡Cuántas mujeres bien dotadas desde el punto de vista moral e intelectual, que no son degeneradas, que saben comportarse, que no presentan ninguna anomalía instintiva, que son sólo medianamente impresionables, pueden, en un momento dado, en circunstancias especiales, responder a una emoción con una crisis de nervios, y volver a sufrir esa crisis simplemente a causa de su representación mental[11], hasta que la psicoterapia les enseña a dominar su emotividad y a reprimir la reacción histerogénica!

Así pues concluyo, apoyándome en una larga observación, que *la crisis de histeria no requiere una constitución psicopática especial, ni una degeneración mental*; es, lo repito, una reacción psicodinámica particular ante ciertas emociones, reacción que pueden presentar algunos sujetos que no tienen ninguna personalidad especial, ningún estigma de degeneración mental, sino simplemente cierta impresionabilidad nerviosa.

Numerosos síntomas psíquicos componen las diversas variedades del ataque de histeria. El delirio, las alucinaciones, el sonambulismo, las alteraciones de la conciencia, tanto si ocurren durante la crisis como después de la misma, son perturbaciones cerebrales, psicosis producidas por un choque emocional que perturba la ideación y la afectividad igual que perturba la motilidad y la sensibilidad. Estas psicosis forman parte integrante del ataque; son manifestaciones psiconerviosas psíquicas [*sic*] que se agregan a los otros síntomas psiconerviosos, sensitivos, motores, sensoriales, viscerales, cuyo conjunto complejo y variable constituye el síndrome de la crisis; manifestaciones que son todas ellas pasajeras, simples dinamismos cerebrales, que en general se resuelven mediante la psicoterapia.

Aparte de estos trastornos psíquicos pasajeros, inherentes a la crisis, ¿existe una psicosis específica, de larga duración, independiente de las crisis, que tenga características determinadas y que podamos llamar locura histérica?

Esa concepción de la histeria considerada como un simple ataque de nervios, de la que venimos hablando, responde por sí misma a esta pregunta. Pero podemos preguntarnos

10. Como el lector verá en líneas más abajo, con este término se refiere Bernheim a sujetos, principalmente mujeres, que pueden sufrir una crisis nerviosa. Es un término arcaico, procedente de una teorización ya no vigente, pero al tratarse de un trabajo con valor histórico los editores hemos preferido conservarlo.

11. Es decir, a causa de la evocación de crisis anteriores o de las circunstancias que las desencadenaron.

si esos ataques pueden engendrar por sí mismos una enfermedad mental persistente, que sería una locura posthistérica. Podemos preguntarnos incluso si, independientemente de las crisis, existe una *locura psiconerviosa*, una psiconeurosis cerebral, que como las demás psiconeurosis —contractura, anestesia, afonía, parálisis psíquica—, pudiera existir en sujetos histerizables, asociada a las crisis, alternando con ellas o con otras psiconeurosis sin crisis; se trataría de una de las manifestaciones posibles, tal como es la propia histeria, de la diátesis psiconerviosa, que puede llegar a convertirse en una enfermedad que se manifieste a base de psiconeurosis. La pregunta, por tanto, se nos plantea en estos términos: ¿*Existe una locura psiconerviosa*? Es en ese sentido como nosotros entendemos la expresión locura histérica de los autores que extienden el término histeria a todas las manifestaciones psiconerviosas.

Los antiguos alienistas Morel[12] y Moreau de Tours[13] admiten una locura con diversas formas clínicas, histérica —Moreau la llama neuropática—, la cual agrega a su delirio polimorfo fenómenos nerviosos propios de la histeria; pero esa locura no tiene un carácter específico.

La Escuela de La Salpêtrière no admite la existencia de la locura histérica. Para ellos no es más que la locura por degeneración evolucionando en una mujer histérica y que toma prestados de esta neurosis algunos de sus síntomas.

Colin[14], que en su tesis inaugural de 1890 sostiene esta opinión, concluye con estos términos: «Hablando con propiedad, no existe ninguna locura histérica. Cuando los histéricos se convierten en alienados, su delirio no tiene nada característico. Se trata de una combinación de histeria y de degeneración mental hereditarias». No obstante Krafft-Ebing[15] admite, más allá de la degeneración mental, la existencia de una manía y una melancolía histéricas.

Para Kraepelin[16], la locura histérica encuentra su condición esencial en la constitución psicopática hereditaria de la cual es una expresión. La pregunta, tal como se planteó de nuevo en el Congreso de Médicos Alienistas y Neurólogos Franceses de 1894, quedó sin resolver. Gilbert Ballet, en su ponencia, sin negar de forma absoluta la existencia de la locura histérica, concluía que los argumentos de los autores a favor de su existencia no eran convincentes y conllevaban la necesidad de nuevas investigaciones.

---

12. Bénédict-Augustin MOREL (1809-1873), alienista nacido en Viena de padre francés. Abanderado del degeneracionismo, sostuvo una concepción ineluctablemente hereditaria de la «locura histérica», de la cual dejó constancia en sus dos obras más famosas: su *Tratado de las degeneraciones físicas, intelectuales y morales de la especie humana y de las causas que producen estas variaciones anormales* (1857) y su *Tratado de las enfermedades mentales* (1860).

13. Jacques MOREAU DE TOURS (1804-1884), alienista francés, escribió un *Tratado* completo sobre ese tema: (*Traité pratique de la folie névropathique (vulgo hystérique*), París, Baillière, 1869).

14. Un resumen biográfico de COLIN puede verse en este volumen, p. 91 y ss.

15. Richard von KRAFFT-EBING (1840-1902) Psiquiatra austríaco. Fue uno de los fundadores de la sexología, y catedrático de psiquiatría en Viena desde 1892 a 1902. Teorizó la noción de locura histérica y sus variedades. Su celebridad proviene fundamentalmente de su obra *Psychopathia sexualis*, de 1886.

16. Ver resumen biográfico de KRAEPELIN en este mismo volumen, p. 107 y ss.

En el Congreso de Neurólogos y Psiquiatras Belgas de 1908, la cuestión quedó aún menos decidida. Blondel[17], resumiendo los debates, dice: «De la discusión que acabamos de escuchar resulta que el acuerdo tiende a establecerse en la dirección de negar la existencia de la locura histérica».

En un libro importante y bien documentado, *La folie hystérique*, 1910, Mairet y Salager[18] admiten a partir de la observación clínica que en efecto existe una locura histérica con una apariencia característica.

Vemos cuán diversas son las opiniones. La falsa concepción de la histeria entendida como una personalidad específica, debería haber hecho que se la considerase lógicamente como candidata para constituir una forma de alienación mental; y sin embargo, a pesar de esta idea preconcebida, la mayor parte de los alienistas actuales, remitiéndose a la observación de los hechos, ponen en duda la existencia de la locura histérica.

Si un cierto número de alienados pueden tener crisis histeriformes u otros síntomas psiconerviosos, ello se debe, lo sabemos, a que las ideas ansiosas, obsesivas o alucinatorias de las enfermedades mentales son las que ocasionan la ansiedad histerogéna o psiconeurógena. Siempre es el espanto, el furor, la angustia, etc., los que desencadenan la reacción psicodinámica «histeria». Porque un alienado presente manifestaciones histéricas o psiconerviosas no hay que concluir que su alienación se deba a la histeria; lo cierto es lo contrario. Ya desde el inicio de la enfermedad mental, antes de que sea confirmada como melancolía, delirio de persecución, manía, depresión, hipocondría o demencia precoz, algunas ideas ansiosas pueden obsesionar al enfermo y convertirse en histerogénicas, de modo tal que se puede caer en el error de considerar esta histeria como manifestación prodrómica de la psicosis, cuando es ya consecuencia de ella.

De este modo es como se ha descrito un síndrome histérico que podría constituir el estado precedente a la demencia precoz: «¿Puede una constitución psicopática, dice Laruelle[19], manifestarse originariamente bajo la forma de un síndrome histérico, y ulterior-

17. Charles BLONDEL (1876-1939). Psiquiatra y doctor en Medicina con una tesis sobre los automutiladores. Blondel es conocido sobre todo por la tesis con que consiguió el doctorado en Letras, *La conciencia mórbida*, de 1914, tras escribir la cual combatió tres años en Infantería durante la I Guerra Mundial. Llegada la paz fue profesor de psicología en Estrasburgo, y luego catedrático de psicopatología en La Sorbona.

18. Albert MAIRET, profesor en la clínica de la Facultad de Medicina de Montpellier. Se orientó hacia la psiquiatría biológica (*Sobre la demencia melancólica*, 1883; *Sobre la parálisis general*, 1898) y hacia la peritación forense (*La simulación de la locura*, 1908; *Los inválidos morales*, 1910; *La responsabilidad*, 1910).— Edmond-Joseph SALAGER (1874-1916). Trabajó también en Montpellier; doctorado en Medicina en 1899, hizo después estudios de Filosofía. Desde 1910 profesor de Medicina Legal y agregado a la Facultad de Derecho. En 1911 dirigió un laboratorio de psicología experimental. Movilizado como médico militar, murió en el frente el 28 de septiembre de 1916.— En *La locura histérica*, de 1910, MAIRET y SALAGER describían siete formas clínicas de la histeria, con y sin ataques pseudoconvulsivos y con distintos grados de alteración de las facultades mentales; sólo a tres de esas variantes las consideraban «locura histérica».

19. LARUELLE, L., *Les psychoses hystériques*, Van der Haeghen, Gante, 1908.

mente bajo la de una demencia precoz? Ambas serían la expresión de una degeneración mental de nacimiento».

«Existen casos», sigue diciendo Laruelle, «de trastornos mentales diagnosticados como histéricos y que no podrían ser interpretados de otro modo» que, tras un periodo de tiempo más o menos largo, se transforman y se completan en la dirección de la demencia precoz. Kraepelin piensa que hay muchos *Dämmerzuslände*, estados crepusculares o de obnubilación histérica, a los que se ve evolucionar hacia demencias precoces, si uno se toma la molestia de observarlas durante un tiempo lo bastante prolongado». ¿Acaso no es evidente, conforme a todo lo anterior, que este estado mental llamado *Dämmerzusland* es ya síntoma de demencia precoz y no de histeria, y que si bien algunos síntomas histeriformes van asociados al mismo, son de origen emocional y han desorientado el diagnóstico? La lectura de los casos cínicos es muy demostrativa.

En todas las enfermedades mentales, como en todas las enfermedades con manifestaciones emocionales, la histeria es un epifenómeno sobreañadido; puede distinguirse de la enfermedad mental y no por ello ésta deja de existir.

Ciertamente los histéricos padecen numerosos trastornos mentales psiconerviosos, pero también los tenemos todos incluso sin histeria. Los sueños nocturnos, con sus alucinaciones y pesadillas, el sonambulismo o las autosugestiones son psiconeurosis, pero no son enfermedades mentales.

Una auténtica enfermedad mental no es una mera psiconeurosis, una mera representación mental dinámica que la sugestión pueda borrar y pueda reproducir. Una enfermedad mental tiene una evolución determinada, cíclica, a veces incurable, está ligada a un proceso orgánico o tóxico. La lipemanía, la manía, el delirio de persecución, la hipocondría, la confusión mental, la demencia precoz, la psiconeurastenia, no son meras psiconeurosis susceptibles de resolverse mediante la psicoterapia, como la crisis de histeria; no son meras variaciones del psiquismo normal como las fantasías diurnas o los sueños nocturnos, como los fenómenos de la somnolencia y de la hipnosis. La sugestión puede ocasionar síntomas psíquicos, pero no puede ocasionar una enfermedad mental. De igual modo, la histeria no puede producir una auténtica locura evolutiva, como tampoco puede producir una mielitis. Sin duda pueden desarrollarse auténticas psicosis a consecuencia de emociones, histerogénicas o no. La melancolía, la confusión mental o la psicastenia ansiosa pueden injertarse sobre un traumatismo moral. Pero no se trata en tal caso de un mero dinamismo cerebral activado por la impresión histérica o emotiva: se trata, pienso yo, de una discrasia bioquímica o de una diátesis tóxica preexistente que la conmoción nerviosa ha despertado. La emoción histérica puede ser una causa determinante de alienación en un sujeto predispuesto; pero no será una locura histérica, como tampoco será una neumonía histérica la neumonía que se desarrolle a continuación de que unas crisis de histeria hayan predispuesto al organismo a una menor resistencia contra los neumococos.

He aquí, para terminar este capítulo, algunas breves observaciones de casos, que resumo, calificados de locura histérica, y que, tras las consideraciones precedentes, interpreto como psicosis histerogénicas en sujetos histerizables, o como psicosis en antiguas

histéricas. Tomo estas observaciones del libro de Mairet y Salager, que transcriben unos casos debidos a Krafft-Ebing.

W…, hija de funcionario, dieciséis años, extenuada desde hace unos meses por trabajos de costura y preocupaciones debidas a los problemas financieros de la familia, empezó a ponerse enferma, a dormir mal, se quejaba de estar agotada, de sufrir agitaciones nerviosas, así como palpitaciones.

El 19 de enero de 1878, poco tiempo después de la menstruación, y tras un insomnio de varios días y de la agitación nerviosa, se produjo un acceso de delirio con alucinaciones, que se repitió el 20, de nueve de la mañana a dos de la tarde y desde las cuatro hasta las cinco y media. Como pródromos inmediatos se producían una sensación de presión en el corazón con angustia, pesadez de cabeza y vértigo. El 10 de febrero los accesos aparecían de nuevo, una vez más subsiguientemente a la regla. Comenzaron con una sensación de rigidez en los brazos que se extendía por todo el cuerpo; a continuación se produjo una violenta congestión en la cabeza, vértigo, obnubilación de la conciencia, ligeras convulsiones en las extremidades y alucinaciones. Escuchaba campanas, pájaros, veía fuego.

Durante esas convulsiones y movimientos, había un estado particular de exaltación con reproducción obsesiva de las cosas que había oído, vivido y leído.

Estos accesos duraban varias horas y reaparecían dos veces más los días siguientes. Desde entonces W… estuvo muy nerviosa, muy agitada, muy sensible a la luz y a los ruidos, la imaginación estaba tan exaltada que cuando leía algo, ya no podía distinguir entre lo que había leído y la realidad; la lectura de novelas muy sugerentes[20] le ponía en un estado extático y cataléptico particular, durante el cual sólo recibía impresiones confusas del mundo exterior y se encontraba en un estado crepuscular sonambúlico, con rigidez muscular general.

W… es de talla mediana, delicada, bien desarrollada; facies de expresión neuropática; ojos tristes. El útero es virgen. En el periodo siguiente, padeció con frecuencia palpitaciones; inervación vasomotriz inestable; pulso de frecuencia muy variable; se ruborizaba con una facilidad anormal; frecuentes sobresaltos de miedo durante la noche; una vez, acceso de síncope, precedido de un espasmo vascular. El bromuro de potasio, la hidroterapia y el régimen tónico[21] han actuado de manera favorable. Los estados de exaltación y los fenómenos espasmódicos no se han vuelto a producir.

No se trataba de una psicosis histérica, sino de psicastenia juvenil en una ansiosa psiconerviosa, que se injerta en la ansiedad propia de las crisis histeriformes.

---

20. Hay que entender el término *suggestifs* en el sentido de novelas de contenido más o menos erótico.

21. Es decir, a base de consomés y hervidos grasos, con alimentos especiados, y basado en carnes asadas de vaca y cordero. Se añadían pequeñas cantidades de vino tinto, licor de quina y otros tónicos medicinales. Ver: L. Ch. ROCHE; L. J. SANSON; J. R. MARINUS, *Nouveaux élémens de pathologie médico-chirurgicale, ou Traité theórique et pratique de médecine et de chirurgie*, Bruselas, Tircher, 1837, Vol. 1, pp. 47 y 213.

Louise L…, 18 años, criada, sin antecedentes hereditarios, fue a los 14 años víctima de una agresión sexual por parte de su padre adoptivo. Recuperada del susto inicial, permaneció en un estado de malestar, de cansancio, de incapacidad para trabajar. A ello se añadieron una cefalea y una opresión dolorosa en la región cardiaca. Tuvo que pasar unas semanas en el Hospital Infantil de Estrasburgo, de donde salió curada; pero la mejoría no duró mucho. La alteración del sistema nervioso central producido por la conmoción psíquica evolucionó y se convirtió en un estado histérico: olas de dolores neurálgicos, sobre todo en las regiones intercostales, dolores musculares, sensación de bolo; con la exacerbación de estos síntomas, el estado psíquico deprimía, y tenía una considerable irritabilidad. Con el tiempo, accesos de convulsiones clónicas parciales con pérdida de conocimiento. A los 17 años, histeroepilepsia, convulsiones clónicas generales con pérdida de conciencia.

A los 17 años y 9 meses sobrevinieron trastornos psíquicos más serios. Cambios bruscos de humor, sin motivo; depresión psíquica y angustia precordial, llegando hasta el rechazo a la vida y los impulsos autodestructivos. En tales casos se arrancaba el vestido e intentaba suicidarse. Alucinaciones visuales y auditivas; escuchaba voces que le decían que tendría un niño; más tarde fueron visiones de su padre adoptivo que intentaba perpetrar una vez más su agresión. Al mismo tiempo manifestaba confusión mental, dificultad para pensar, pérdidas de memoria.

Internada en el asilo en octubre de 1872, presentaba hiperestesia general, dolores diversos, hormigueos que le recorrían el cuerpo desde el cuello hasta la punta de los dedos, convulsiones reflejas que llegaban hasta el temblor y el estremecimiento general cuando se tocaban ciertos puntos neurálgicos, sensaciones de confusión en la cabeza, obsesiones de ideas enfermizas, alucinaciones auditivas y visuales.

A veces se producen accesos de delirio cuya duración varía entre la media hora y las dos horas, provocadas por la visión de su padre que quiere repetir su agresión; están precedidos de convulsiones parciales; pierde la conciencia; la enferma lucha como para defenderse; a veces tienen lugar hacia el final convulsiones tónicas y clónicas con movimientos espasmódicos de los ojos y rechinar de dientes. Tras estos accesos, que duran entre la media hora y las dos horas, la enferma vuelve en sí con un dolor de cabeza sordo, vértigo, una gran depresión de ánimo, dolores musculares, un humor muy irritable, y amnesia completa en lo que respecta a lo ocurrido durante el acceso.

Se trata ciertamente de una psiconeurastenia debida a un traumatismo moral sobre la cual han enraizado representaciones mentales alucinatorias y crisis de histeria.

Observada durante varios meses, la enferma siguió en el mismo estado.

La Srta. R…, de 25 años, era una niña delicada, inteligente, muy emotiva y con tendencia a la cólera; en su adolescencia era romántica, excéntrica, idealista. De siempre fue sentimental, reaccionando ante las emociones con fiebre y alucinaciones. En 1875, tras una difteria, se volvió neurasténica y así permaneció. Este estado se acentuó durante el invierno como consecuencia de emociones causadas por la enfermedad de su padre y

fallecimientos en su familia; pronto se añadió la irritación espinal[22]. A comienzos de marzo se cayó de espaldas y sin hacerse daño, pero este hecho la aterrorizó.

Este accidente dio lugar al desarrollo del histerismo. Se vio afectada por jaquecas, dolores en la espalda, hiperestesia óptica; veía chispas, llamas, sentía descargas eléctricas que desde la espalda le llegaban a la cabeza, presentaba espasmos, gritos, accesos de angustia.

En el mes de julio, hiperestesia cutánea general; bastaba con humedecer la piel para provocar náuseas, presión en la cabeza y crisis de llanto. Entonces tenía, además de todo ello, sensaciones de calor, de frío, de tener arena en las costillas, o de que la columna vertebral se le había secado.

En el mes de julio, de manera pasajera, espasmos clónicos y convulsiones, afasia.

Lo veía todo verde, amarillo, las caras de la gente magulladas y de diferentes colores, los objetos de las habitaciones oblicuos o alargados. Insomnio desde principios de junio.

Hacia el 20 de julio, alucinaciones de todos los órganos de los sentidos y estado delirante que requiere del internamiento en un asilo. Decía que estaba magnetizada, embarazada, veía arañas, moscas, serpientes, oía injurias de tipo sexual, notaba malos olores, proclamaba que era un sapo, que la enfermera era el Judío Errante[23], sostenía que su cabeza y su cerebro se habían desdoblado, que era sifilítica, pedía que la fusilasen.

Padecía una gran anemia, estaba muy delgada, la cara edematosa. Confusión total. El médico es un rey llamado Juan [*Jean*]; las enfermeras son princesas. Cree que el médico es su marido, prepara el lecho conyugal y se desnuda. Escucha cómo su supuesto marido grita desde el sótano, descubre que sus hermanas la envenenan, quiere cortarse la nariz porque unas voces le dicen que esa es la manera de salvarse. Ve gusanos en su comida, en su cama; salen de entre los dedos de sus pies, etc.

En los días de su menstruación, dominan el cuadro los delirios sexuales de violaciones, las acusaciones infames y los malos olores. Simultáneamente, tienen lugar parálisis, numerosas miodinias[24], neuralgia intercostal, sensación de que le abren la cabeza y le echan agua en el cerebro. Todo ello se lo habrían hecho mediante la electricidad y el magnetismo.

Gracias al tratamiento, la alimentación, hierro, bromuro, inyecciones de morfina, etc., el estado mejora física y psíquicamente a lo largo del mes de noviembre. Los síntomas histéricos y las alucinaciones se vuelven menos frecuentes.

La conciencia se restablece. A finales de diciembre, en los días de la regla, hay agravamiento.

De nuevo la enferma oye voces hablando de cuestiones sexuales y que indican persecución. Le dicen que debe hacerse monja, y salvar así a sus hermanas. Ante la orden de una voz, se tira por una ventana de la planta baja, sin hacerse daño.

---

22. El «síndrome de irritación espinal», muy inespecífico, consiste en sensación desagradable, e incluso dolorosa, dolores musculares, contracturas e hiperestesia, todo ello en la región dorsal del tronco.

23. Según una leyenda cristiana, personaje que, por haber insultado a Cristo mientras éste llevaba la cruz, estaba condenado a vagar por el mundo hasta el fin de los tiempos (N. del T.).

24. Miodinias: dolores musculares.

El estado mejora lentamente a lo largo del mes de enero. Todavía se encuentra cansada intelectualmente, pero desde el mes de febrero ya no sufre delirio ni alucinaciones. La familia vuelve a hacerse cargo de ella y se recupera completamente a lo largo del verano, con más o menos achaques histéricos.

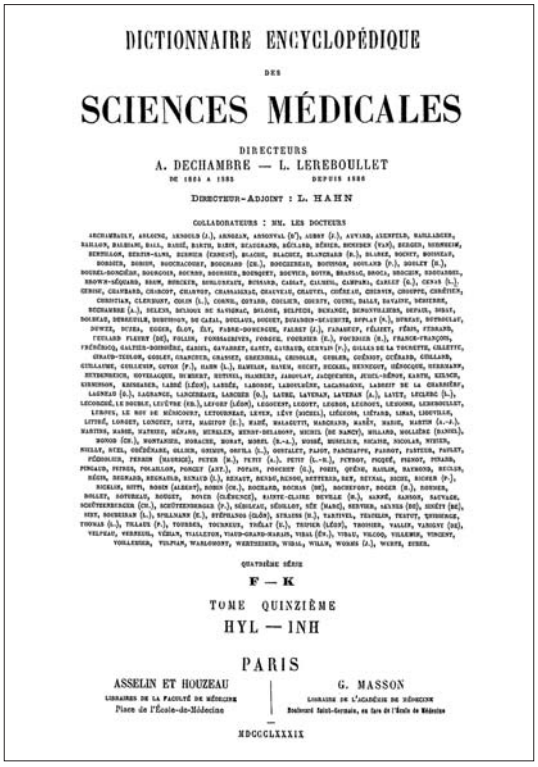
¿Acaso es necesario añadir que en tal caso no se trata, como se ha pensado, de un delirio histérico prolongado, de una psicosis histérica, sino de psiconeurastenia de origen emocional en una joven ya predispuesta? Sobre esa psiconeurastenia se asienta una psicosis con confusión mental, delirio, alucinaciones, ideas de persecución. Algunas manifestaciones psiconerviosas y algunas reacciones histeriformes han sido ocasionadas por fenómenos emocionales. Son estos epifenómenos secundarios con respecto a la psicosis los que por error han sido considerados como el elemento fundamental, generador de la psicosis.

Estas tres observaciones que he escogido, de entre otras muchas, puesto que llevan la firma de Krafft-Ebing, son las adecuadas para demostrar cómo la falsa concepción de la histeria, como entidad mórbida, ha desorientado a las mejores cabezas.

La lectura de todas las demás interesantes observaciones publicadas en el libro de Mairet y Salager hace que me reafirme en la opinión que he expresado. No hay psicosis histérica. Hay síntomas psíquicos pasajeros en los histéricos; puede haber auténticas psicosis evolutivas en sujetos anteriormente histéricos. Hay sobre todo psicosis histerogénicas; y no puede ser de otro modo, puesto que todas las emociones pueden llegar a ser histerogénicas.

4. PERSPECTIVA GENERAL DE LA HISTERIA ANTES DE FREUD

Joseph GRASSET
(1849-1918)



DICTIONNAIRE ENCYCLOPÉDIQUE

DES

SCIENCES MÉDICALES

DIRECTEURS

A. DECHAMBRE — L. LEREBOULLET

DE 1864 A 1885 DEPUIS 1886

DIRECTEUR-ADJOINT : L. HAHN

COLLABORATEURS : MM. LES DOCTEURS

QUATRIÈME SÉRIE

F — K

TOME QUINZIÈME

HYL — INH

PARIS

ASSELIN ET HOUZEAU
LIBRAIRES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
Place de l'École-de-Médecine

G. MASSON
LIBRAIRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE
Boulevard Saint-Germain, en face de l'École de Médecine

M DCCC LXXXIX

Portadilla del tomo 15, 4ª serie, del *Diccionario Enciclopédico de las Ciencias Médicas* inaugurado por Amedé Deschambre en 1864.

Joseph GRASSET[1] nació en Montpellier el 18 de marzo de 1849, y allí desarrolló toda su carrera, siendo además consejero municipal entre 1908 y 1912. Tras unos rápidos ascensos en el terreno de las jefaturas clínicas, recibió en 1881 la cátedra de Terapéutica, que cambió cinco años más tarde por la de Clínica Médica [Medicina Interna] y en 1909 por la de Patología General. Jubilado en 1914, la entrada de Francia en guerra le obligó a

1. Fuente principal: Pierre MOREL, *Dictionnaire biographique de la psychiatrie*, Le Plesis-Robinson, Synthélabo, 1996, pp. 116-117.

dirigir el Centro Neurológico de la 16ª Región Militar. Aún tendría que afrontar la muerte en combate de uno de sus hijos, piloto de caza. Falleció poco después en Montpelier, el 7 de julio de 1918.

Dejó una abundante y variada obra neurológica, y también numerosos artículos psiquiátricos en los que se mantuvo al margen de las disputas de escuela entre Charcot y Bernheim, pero aunque nunca abandonó una actitud crítica y moderada se mostró más próximo al de Nancy. Sus intereses acerca de la mente se pueden agrupar en tres temas: el hipnotismo, el ocultismo y la responsabilidad de los alienados.

Su atención hacia la histeria y la hipnosis comienza en 1884, pero tardará casi veinte años en dar a la imprenta su obra más importante acerca de dicho tema, *El hipnotismo y la sugestión* (1903), de espíritu jacksoniano, precedida por su artículo sobre la histeria (1889) en el decimoquinto tomo del *Diccionario Enciclopédico de las Ciencias Médicas* inaugurado por Amedé Deschambre en 1864. Grasset divide el psiquismo en dos niveles, superior o «centro O», asiento del yo libre y responsable, e inferior o «polígono» de centros neurológicos a los que llegan las impresiones sensoriales y de donde parten las órdenes motrices. En estado de vigilia hay coordinación de ambos niveles, pero la hipnosis facilita una liberación del psiquismo inferior, cuyo polígono emancipado pasaría a obedecer al centro O del hipnotizador.

Esta teoría no tuvo en cuenta suficientemente la terapia de sugestión vigil y otras posibilidades psicoterapéuticas, pero el modelo mencionado le permitió proponer el abordaje científico de los fenómenos espiritistas y ocultistas.

Finalmente, desde la perspectiva de considerar al cerebro dividido en diferentes departamentos, de los que alguno podía estar enfermo a la vez que los demás funcionasen con normalidad, escribió *Problemas fisiopatológicos de la responsabilidad* (1905), que luego vulgarizó en la *Revue des Deux-Mondes* el 15 de febrero de 1906 bajo el título «Semilocos y semiresponsables», para quienes pidió la creación de asilos especializados en una carta que dirigió al ministro de Justicia en 1912.

Joseph GRASSET

HISTERIA FIN DE SIGLO[2]

— 1899 —

HISTERIA. Quizá no haya otro asunto de más actualidad que éste; en ninguno los documentos son más numerosos ni más variados; y sin embargo, sin que lleguemos a comparar, como Hammond, nuestra situación con la de un Dante desesperado por no poder describir los horrores del noveno círculo del infierno, podemos decir, sin humildad ni afectación, que es el artículo de este Diccionario más difícil de elaborar de tal modo que resulte *claro* y *conciso*.

En efecto, hay que evitar perderse en los detalles del análisis, y por otra parte no podemos hacernos una idea de la enfermedad más que describiéndola con detalle. Aún no ha llegado el momento de una síntesis definitiva para esta grave neurosis[3]. No existe una teoría de la histeria.

Sólo existen los hechos, numerosos, bien observados; hace falta coordinarlos, agruparlos, renunciando por el momento a explicarlos en su íntimo proceso patogénico.

Así pues, intentaremos hacer un estudio entera y exclusivamente clínico; estudio que tendrá por base una descripción sintomática rigurosa y como doble objetivo un diagnóstico preciso y un tratamiento racional.

I. Definición. «La definición de la histeria, según dijo Lasègue, nunca ha sido formulada y nunca lo será». Yo no sé si no se formulará nunca (no hay que perder la esperanza de que haya algún progreso), pero sí sé que hoy por hoy es todavía imposible.

Sin duda los trabajos contemporáneos (especialmente los de Charcot y sus alumnos) han establecido y descubierto un orden real y una regularidad desconocida en las

---

2. Fuente: Joseph GRASSET, entrada «Hystérie» del *Diccionario Enciclopédico de las Ciencias Médicas* inaugurado por Amedé Deschambre en 1864 (Amedé DESCHAMBRE y Léon LEREBOULLET (dirs.), *Dictionnaire Encyclopédique des Sciences Médicales*, París, Asselin et Houzeau/ G. Masson, 1889, cuarta serie, tomo décimoquinto, pp. 240-352. Traducción: Héctor Astudillo del Valle.

3. En el original, *grande névrose*. En español no se acostumbra a aplicar el adjetivo 'grande' a una enfermedad. Aunque retóricamente no nos repugna 'gran neurosis', preferimos traducir 'grave neurosis' en este caso.

manifestaciones que hasta ese momento habían parecido escapar a cualquier régimen. Veremos que el gran ataque histérico, el ataque histérico-epiléptico, tiene fases definidas, sucesivas, que son siempre las mismas.

Pero ésta no es más que una de las manifestaciones de la neurosis en cuestión. Se puede ser histérico perfectamente sin tener ataques, y una definición está obligada a comprender todos los casos, incluidos los no convulsivos.

Ya no puede definirse la histeria tal como lo hacía Georget en 1824: «una afección *convulsiva apirética*, normalmente de larga duración», etc. La convulsión no es en modo alguno necesaria para la constitución de la neurosis, e incluso veremos que no siempre cursa sin fiebre.

Incluso el sentido etimológico de la palabra ha de ser hoy completamente abandonado. Proveniente de la palabra griega *ὑστέρα*, útero, este término implica que la enfermedad es propia de la mujer.

Ahora bien, aun abandonando las viejas teorías sobre las migraciones de la matriz, aun modernizando la teoría del útero como lugar de origen tal como se ha intentado hacer, hoy día no podemos conservar de ningún modo este significado de la palabra.

Veremos en efecto que la histeria no solamente se encuentra en el hombre, sino que incluso es mucho más frecuente en él de lo que se cree normalmente.

Ya no podemos, por lo tanto, definir la neurosis a partir su origen uterino ni tampoco a partir de un origen genital, en el sentido más general de la palabra; y nunca se reaccionará lo suficiente contra el prejuicio, que encontramos todavía muy arraigado en ciertas mentes, que atribuye a la palabra histeria un sentido más o menos relacionado con el amor carnal, poco menos que deshonroso para la desgraciada víctima en la que se diagnostica.

Lo que acrecienta las dificultades es el hecho de que muy a menudo la enfermedad difiere no solamente de un enfermo a otro, sino que incluso reviste con frecuencia características sucesivas muy diversas en el mismo sujeto. La frase clásica de Sydenham sigue siendo verdadera: la histeria es un verdadero proteo[4] que se presenta con tantos colores como el camaleón.

Dicho esto, me interesa insistir en que también hemos de guardarnos de la exageración inversa.

La falta de una definición breve y precisa y la imposibilidad de ofrecer una no implican de ningún modo la imposibilidad de un estudio científico y riguroso. No es preciso atribuirle a la histeria, cosa que Foville les reprochaba en 1883 a muchos

4. Como ya se anotó en el artículo de Briquet, PROTEO, dios del mar en la mitología griega más arcaica, tenía la capacidad de predecir el futuro, pero para evitar hacerlo cambiaba de forma para no ser reconocido. GRASSET aquí lo escribe con minúscula, quizá porque en francés se usa también con el significado de 'persona que cambia sin cesar de opinión', 'actor capaz de representar toda clase de personajes'. Además, en zoología, 'proteo' es un urodelo anfibio, de branquias persistentes, que vive en aguas subterráneas; se dice de él que es blanco en la oscuraidad pero que se cubre de manchas negras o marrones en contacto con la luz (N. del T.).

médicos, «todos los fenómenos mórbidos mal conocidos en lo referente a sus bases fisiológicas».

Es preciso que la histeria no se convierta en una especie de *caput mortuum*[5] a donde se relega y en donde se echa con mayor o menor acierto todo lo que no se puede meter en otro apartado nosológico.

La histeria es una enfermedad muy definida, bien diferenciable de las demás, con características científicamente establecidas. Toda la descripción que viene a continuación no tendrá otra finalidad que dejar patente este principio fundamental, sin el cual no habría ni diagnóstico ni tratamiento posibles.

Para empezar a precisar la idea que nos hacemos de la enfermedad, resumiremos aquí de manera sintética algunos principios generales que es indispensable conocer adecuadamente antes de entrar en el análisis de los detalles.

1. La histeria es una *neurosis*, es decir, que no conocemos la lesión que la caracteriza.

Esto es una declaración de ignorancia anatomo-patológica, pero también hay que ver otra cosa.

Ciertamente el sistema nervioso no se encuentra en su estado normal en la histérica, y es infinitamente probable que pronto o tarde sea descubierta y descrita esta lesión, de la cual actualmente sólo constatamos sus manifestaciones. Pero, incluso tras este descubrimiento, siempre quedará algo que recordará nuestra idea actual de esta neurosis: se trata de la fugacidad de tal alteración.

Una contractura y una parálisis histéricas pueden desaparecer súbitamente sin dejar rastro aun en el caso de que daten de mucho tiempo atrás: he ahí un hecho clínico que la anatomía fisiológica nunca desmentirá, y que distinguirá siempre las manifestaciones histéricas de los síntomas de una hemorragia cerebral o de una esclerosis espinal.

He ahí por qué la idea de neurosis forma parte integrante de la idea de histeria y, con una forma más o menos actualizada, siempre habrá de hacerlo.

2. Esta misma fugacidad de los síntomas coloca a la histeria en un lugar aparte, aun dentro de las demás neurosis.

En cuanto a su fondo persistente[6], no tiene nada que envidiarle a ninguna o a casi ninguna otra. La histeria es esencialmente resistente y rebelde, más que el corea y que la tetania, casi tanto como la epilepsia y la parálisis agitante.

Pero difiere esencialmente de todas las demás neurosis en la variabilidad y sucesión de las manifestaciones. Con seguridad veremos cómo el mismo síntoma perdura algunas veces mucho tiempo en el mismo sujeto, después desaparecerá bruscamente o, sin transición, quedará súbitamente sustituido por otro o, incluso a lo largo de su existencia, variarán

5. Ver p. 96, nota 13 del capítulo de Colin.

6. *Fixité de fond*: no se manejaba aún el término 'cronicidad', que es el que mejor correspondería a la idea de que una enfermedad va a ser permanente en el tiempo y resistente a los tratamientos.

los fenómenos vecinos; siempre o casi siempre habrá algo del carácter proteiforme del que hablábamos hace un momento.

No hay nada semejante en la epilepsia, en el corea, en la enfermedad de Parkinson.

Es éste un elemento profundamente esencial que habrá de sernos de gran utilidad durante el diagnóstico.

3. Considerando el conjunto todas de sus manifestaciones, la histeria es una neurosis de todo el sistema nervioso.

Cerebro, bulbo, médula, nervios periféricos (sensitivos y motores), nervios viscerales, todas las secciones del sistema nervioso central pueden ser la sede del proceso desconocido que instituye la histeria.

De ahí el principio fundamental que domina toda la historia clínica de esta neurosis: que puede «simular» todas las enfermedades del sistema nervioso.

La palabra «simular» no es exacta, pues puede producirlas realmente. Con la salvedad de que la alteración que desencadena los síntomas es funcional o transitoria, en lugar de ser orgánica y definitiva.

De este modo, existe ciertamente una histeria de los cordones posteriores de la médula que produce ataxia y toma la forma de una ataxia de origen orgánico; existe una histeria de los cordones laterales que producen contracturas fijas y toma la forma de la esclerosis lateral, primitiva o secundaria; existe incluso una histeria de los cuernos anteriores que produce amiotrofia.

Esto es cierto hasta tal punto que, si la alteración funcional dura excesivamente y permanece mucho tiempo fijada en una misma región, puede desembocar en una auténtica lesión orgánica de tal sección, y el cuadro sintomático no sufre variación, y hace falta la autopsia para demostrar que en esa vieja neurótica con contracturas muy antiguas, sus cordones laterales no están sólo histéricos, sino también escleróticos[7].

De ahí las enormes dificultades diagnósticas cuando, ante el lecho de un enfermo, hace falta saber si existe o no una lesión orgánica bajo el complejo sintomático ya bien detallado.

Esto se explica además por el hecho más general de que en neuropatología el aspecto de los síntomas depende mucho más de dónde asiente la alteración que de su naturaleza anatómica: el trastorno funcional lleva consigo, por lo tanto, la misma sintomatología que la congestión o la esclerosis[8].

4. Un último principio, de aceptación menos extendida, pero al que por mi parte me atengo firmemente, tiene relación con la etiología de la neurosis.

---

7. Lógicamente, esta opinión intentaba hacer cuadrar la ausencia de datos por falta de eficacia de los métodos exploratorios de la época, el diagnóstico de histeria en vida como cajón de sastre, y los datos *post mortem*.

8. En realidad debería decir 'su naturaleza anatomopatológica', ya que finalmente se refiere a las características histológicas de la lesión.

Intentaré demostrar más adelante que la histeria, como las demás neurosis, es las más de las veces (diría que siempre, si expresase mi parecer hasta sus últimas consecuencias) *sintomática*. No acepto las antiguas divisiones en esencial, simpática y sintomática[9].

Si se busca bien, detrás de la histeria siempre puede encontrarse ya sea una enfermedad local, ya sea, más frecuentemente, una enfermedad general como la artritis o la tuberculosis.

Este aspecto de la teoría es capital porque revivifica la historia clínica de esta neurosis examinada en la herencia y en la familia, y porque es la condición de un tratamiento racional y auténticamente completo de la enfermedad.

Para resumir estas ideas iniciales, y sin querer hacer de ello un definición, diré pues que *la histeria es una neurosis (es decir, una enfermedad de lesiones actualmente desconocidas, y en todo caso fugaces) persistente en el fondo, pero cambiante y por lo general poco definida en cuanto a la forma de sus manifestaciones[10], que puede localizarse en todas las partes del sistema nervioso, cuyos síntomas pueden pertenecer por consiguiente a todas las funciones de este importante sistema, y que finalmente, desde el punto de vista nosológico y etiológico, es las más de las veces sintomática de un estado general diatésico*.

II. Estudio histórico. Haría falta un volumen completo para esbozar la historia de la histeria: en absoluto tengo intención de hacerlo, pero debo indicar brevemente la evolución de las ideas a través de los tiempos. Quizá el lector me lo agradezca, teniendo en cuenta que la mayoría de los autores de los últimos artículos de enciclopedia se han desentendido de esta laboriosa e ingrata obligación.

Se conoce la histeria desde que hay civilización, según las palabras de Briquet, y de hecho, dejando de lado la carta de Demócrito, citada a menudo, pero que me parece ajena a la cuestión, encontramos el estudio de la neurosis en un estado ya muy avanzado en los primeros tratados hipocráticos[11].

---

9. En la terminología de la época a la que alude Grasset, *esenciales* son aquellas enfermedades cuya causa principal se encuentra en la parte del organismo que está afectada; *simpáticas* son aquellas en las que un órgano sano presenta síntomas morbosos a causa de la simpatía (posibilidad de influencia a distancia, sin que haya contigüidad anatómica) que tiene con el órgano afectado, como el *delirium* en la pleuresía; *sintomáticas* son aquellas cuya causa se halla en otra parte que la afectada actualmente, o sea, las que dependen de otra enfermedad de la que son síntoma, tal es la fístula en el ano en la tisis. Ver: Inocencio-María RIESCO LE-GRAND, «Nosología», en *Tratado de Embriología Sagrada*, Madrid, Tipografía Greco-Latina, 1848, pp. 338-339. Ver también: J. M. G. [sic], «Análisis de las enfermedades por medio de la teorís fisiológica», *Boletín de medicina, cirujía y farmacia*, 1836, III, 125, p. 493, y Eugène BOUCHUT, *Tratado teórico-práctico de las enfermedades de los niños*, Madrid,Carlos Bailly-Baillière,1853.

10. Or.: «(...) *peu profonde dans sa forme*». La redacción de Grasset es difícil de traducir en este caso, pero el sentido sería que el abanico sintomático de la histeria es prácticamente ilimitado.

11. La mayoría de autores y obras mencionados en este estudio histórico, y en el resto del artículo, han sido mencionados ya en los capítulos anteriores de este volumen, por lo que no los volveremos a anotar aquí.

En ellos encontramos la primera alusión a esa teoría del útero móvil que va a ser predominante durante largos siglos en la historia de la histeria.

Esta neurosis se observa sobre todo en las mujeres que no tienen relaciones sexuales y en las mujeres de una cierta edad más que en las jóvenes, ya que los vasos están más vacíos y la matriz, desecada por la fatiga, está vacía también y es más ligera, de modo que se desplaza; se lanza hacia el hígado, se adhiere a él y se mueve hacia los hipocondrios; corre, sube hasta lo fluido: ahora bien, el hígado está lleno de fluido. Cuando ha llegado al hígado, causa una sofocación repentina, interceptando la vía respiratoria que está en el vientre. A veces, al mismo tiempo, algo de flema baja de la cabeza a los hipocondrios; entonces la matriz se separa del hígado, vuelve a su sitio y cesa la sofocación: tras haber absorbido fluido y haberse vuelto pesada, la matriz vuelve. Otras veces se mueve hacia la zona lumbar o hacia las caderas y provoca molestias (ed. Littré, t. VIII, p. 33)[12].

Junto a esta extraña teoría encontramos una descripción sintomática que destaca por su exactitud clínica.

El ataque convulsivo se describe en múltiples lugares: «la mujer pierde inmediatamente la voz, aprieta los dientes, el color [de la cara] se vuelve negro; estos síntomas la sobreviene de repente aunque estuviese previamente en plena salud» (t. VII, p. 315). La ausencia de pérdida de conocimiento se califica como un buen signo de diagnóstico diferencial: «Medios para reconocer la sofocación histérica. Haced presión con los dedos sobre la enferma; si la mujer lo siente, es un ataque de histeria; si no, es un ataque de convulsión» (t. II, p. 523). Los ojos se ponen en blanco, la mujer se pone fría y a veces incluso lívida. Hace rechinar los dientes; la saliva afluye por la boca y asemeja a los epilépticos (t. VIII, p. 33).

Esta no es, por lo demás, la única manifestación sintomática. La matriz puede también moverse hacia la cabeza (t. VIII, p. 267) o al corazón (*ibid*., p. 269), etc. Los síntomas son muy diversos: se observan cardialgia y raquialgia (t. V, p. 451) en la sofocación histérica. Pueden darse espasmos sin fiebre (t. V, p. 551, 659 y 709).

El tratamiento es reflejo y corolario de las teorías etiológica y patogénica. Como esos episodios «tienen lugar sobre todo en las jóvenes solteras y en las viudas que, tras haber sido jóvenes y haber tenido hijos, permanecen en el estado de viudez» (t. VII, p.315), «lo mejor es quedar embarazada; en cuanto a la joven, se le aconsejará tomar marido» (t. VII, p. 317); la mujer, tras haber sido tratada con una fumigación, irá junto a su marido; la solución de esta enfermedad es un embarazo (t. VIII, p. 277).

A la vez que este consejo discutible se encuentra la primera indicación terapéutica de la compresión ovárica: «Estando así las cosas, empujamos con la mano, separando (la matriz) del hígado, y ceñimos un vendaje bajo los hipocondrios» (t. VII, p. 315).

12. Se refiere a la edición francesa de los tratados hipocráticos, *Oeuvres complétes d'Hippocrate*, traducida y anotada por Émile LITTRÉ, que fue publicada en diez volúmenes por la Editorial Baillière de París entre 1839 y 1861.

Por último, se emplean asiduamente los diversos medios antiespasmódicos, sólo que adaptados a la teoría de la migración: los fétidos arriba para hacer que el útero huya, los aromáticos abajo para atraerlo y volverlo a poner en su lugar.

Habrán de ponerse sustancias fétidas bajo la nariz: asfalto, azufre, cuerno de ciervo quemado, mecha de lámpara de aceite, aceite de foca, castóreo, y se realizarán fumigaciones aromáticas en las zonas genitales (t. VII, p. 343), y más adelante (p. 409): si la matriz se mueve y causa sofocación, prenda [el médico] una mecha de lámpara, apáguela y manténgala bajo su nariz, a fin de que la mujer respire el humo; después diluya mirra en algo de perfume, moje lana en la mezcla y aplíquela en pesario; le dará de beber resina disuelta en aceite.

Completaremos esta noción de la histeria presente en aquella época con el siguiente pasaje del *Timeo* de Platón[13], que resume bien la idea usual en aquel entonces sobre la fisiología de los órganos genitales:

«Los varones pusilánimes y que han sido infames durante su vida son, según toda evidencia, transformados en mujeres en una segunda encarnación. Los dioses también crearon el deseo de cohabitar; pusieron en nosotros [los varones] un animal viviente, y otro en las mujeres, y dispusieron la relación del uno con el otro de la siguiente manera. (Omito todo lo concerniente al hombre.) Lo mismo ocurre punto por punto en las mujeres con la matriz y la vulva: son un animal que desea ardientemente engendrar hijos; a partir de la pubertad, si permanece estéril mucho tiempo le resulta muy penoso soportarlo, se indigna, recorre todo el cuerpo taponando las salidas del aire, deteniendo la respiración, arrojando al cuerpo a peligros extremos y ocasionando diversas enfermedades, hasta que el deseo y el amor, juntando al hombre con la mujer, hacen nacer un fruto y lo recolectan como si del de un árbol se tratase, después de plantar en el útero como en tierra fértil animales invisibles por su pequeñez y aún informes», etc.

Cinco o seis siglos después, las doctrinas no habían cambiado; incluso se precisó más acerca de la atracción de la matriz por los olores agradables y su repulsión por los malos. Uno quedará convencido de ello con facilidad gracias a los pasajes de Areteo y de Celio Aureliano citados por Foville (*Dict. de méd. et de chir. prat*., t. X, p.276).

Galeno mantuvo el origen uterino de la histeria, pero rechazó por absurda la idea de una matriz móvil desplazándose como un animal. Los que acreditaron estos errores (cuya paternidad atribuye a Platón) no tenían ningún conocimiento de anatomía, pues las personas experimentadas en esta ciencia saben que los movimientos de la matriz son imposibles (De locis affectis, lib. VI, p. 3, 38).

Dubois (de Amiens), de quien tomamos esta cita, añade un poco más abajo otra de Aecio, muy destacada para la época (siglo V o VI): *Uteri strangulatio ab utero quidem inferne oritur, verum supernæ partes et principales præsertim per consensum afficiuntur, nam ad cerebrum per nervos affectio transit, videturque uterus velut ad*

13. [Nota de Grasset] Editorial Cousin, t. XII, p. 241.

supernas partes ascendisse[14] (*Tratabib. serm.*, IV, cap. LXVIII). Se trata prácticamente de la teoría actual.

Mencionaré también a Pablo de Egina (siglo VII) y considero que es inútil mencionar el resto de documentos médicos de esta época.

En la Edad Media, el estudio médico de la histeria no hizo grandes progresos. Y no obstante la enfermedad se daba; puede decirse que andaba por doquier. Hubiese sido fácil analizarla científicamente.

Hay que buscar los documentos sobre la histeria de esta época fuera de la literatura médica propiamente dicha: la astrología, la magia, así como ciertos prejuicios religiosos habían invadido las mentes; esos enfermos extraños, ruidosos, tenían para los ojos del vulgo un aspecto sobrenatural, y en todo caso ajeno a la medicina; su aparición se le atribuía a la cólera divina, a la intervención del demonio, y los amuletos, los exorcismos, las palabras y las fórmulas mágicas se solicitaban y utilizaban más que las intervenciones verdaderamente terapéuticas.

Bajo la influencia de este medio tan favorable para su aparición y expansión, la histeria experimentaba en aquel entonces un desarrollo terrible. Puede encontrarse en la obra de Richer (2ª ed. de los *Études cliniques sur la grande hystérie ou hystéro-épilepsie*) documentos muy curiosos, tomados bien de la literatura, bien del arte, que relacionan claramente con la *hysteria major* las grandes epidemias neuróticas de la época.

Se trata, por ejemplo, de los *danzantes de San Juan*[15] que ya en 1374 llegan a Aix-la-Chapelle por tropeles de hombres y mujeres, y cuyas crisis no cesaban «hasta que se les había ceñido el vientre con vendas» o se les había «dado puñetazos y patadas en el bajo vientre». De ahí la plaga llega a los Países Bajos; estos bailarines frenéticos se presentan con el vientre vendado; para apaciguarlos «les ceñían el vientre con fuerza retorciendo la venda con la ayuda de un palo que se pasaba por dentro». Fue entonces cuando muchos enfermos acudieron a la capilla de San Guy[16], en Dresselhausen, del distrito de Ulm, Suabia. La epidemia persistió hasta el siglo XVI.

A este corea de Alemania, Richer (de quien tomamos estos documentos) equipara el tarantismo de Italia y las epidemias de posesión demoníaca. Entre estas últimas, relata más pormenorizadamente la llamada «posesión de las monjitas» hacia la mitad del siglo

14. «En efecto, la contracción del útero se origina en la parte inferior del mismo, y en verdad los órganos superiores y principales quedan afectados principalmente por influencia, y dado que la sensación pasa hasta el cerebro a través de los nervios, parece como si el útero subiese a los órganos superiores». La traducción de los textos en latín es nuestra. Sea dicho esto en lo que toca a sus posibles defectos. De sus virtudes es responsable José Mª López Blanco, ldo. en filología clásica, sin el cual hubiese sido casi imposible (N. del T.).

15. Ver nota 28 del artículo de Gilles de la Tourette en este mismo volumen.

16. En realidad, de Sankt Veit, correspondiente en alemán del *saint Guy* francés y del 'san Vito' en castellano (N. del T.).

XVI[17], a continuación, en el siglo XVII, la posesión de las ursulinas de Aix, la de las ursulinas de Loudun, la de las muchachas de Sainte-Élisabeth en Louviers (las epidemias de posesión del siglo diecisiete tuvieron menos repercusión). A continuación cuenta con detalles la historia de los convulsionarios[18] de Saint-Médard (1731) y la de varias místicas: Douceline [de Digne] (1274), María de Merl (1384).

Para la bibliografía concreta de estas curiosas descripciones, remito al propio libro de Richer, que ha editado en un apéndice sobresalientes dibujos copiados de diversos artistas antiguos y que ha completado la demostración de la naturaleza histérica de todos esos fenómenos relacionándolos con historias contemporáneas muy semejantes de neurosis epidémicas sobre las que tendremos que volver.

Durante este largo periodo, los datos de la ciencia médica sobre esas enfermedades apenas progresaron.

Los árabes, dice J. Frank, no produjeron nada sobre la doctrina de las enfermedades nerviosas, exceptuando lo que J. E. Serapión[19] escribió sobre la histeria (*Breviar*., V, c. XXVII, folio 55, *b*) y Al-Razi[20] sobre la hipocondría (lib. I, c. III, f. 6, *a*). Estos autores conservan las ideas humorales.

Puede encontrarse en la página 428 del tomo III de la *Pathologie interne* de J. Frank (ed. francesa de Bayle) una larga lista de las disertaciones publicadas sobre la histeria durante este periodo: creemos que es absolutamente superfluo reproducirlas aquí.

Lo que muestra perfectamente la escasez de progresos realizados en este largo periodo, es que en pleno siglo XVI Fernel llega a reprocharle a Galeno precisamente lo que dijo con más acierto: «Galeno había probado que la matriz no puede errar por el abdomen y aún menos subir hasta el pecho. Fernel presume que Galeno le había hecho caer en error y que, en muchos casos, sintió bajo su mano cómo este órgano subía hasta el estómago (*De morb. partium quæ sub diaphragmate sunt*, cap. XVI: *Uteri sympt*.)».

Dubois, a quien pertenece esta última cita, compara inmediatamente con esta vieja doctrina de Fernel las ideas de Sennert, que se revela como precursor. Abandonando el humoralismo galénico mucho antes que el sistema de Descartes, resucitando el *aura*

17. Or.: *posession des nonnains. Nonnains*, 'monjitas'; en plural, diminutivo cariñoso-jocoso de *nonne*, monja. En los siglos XV y XVI hubo en francia tantas epidemias de "posesión" diabólica en los conventos, que se llegó a hablar de «posesión de las monjitas» para aludir a esa especial forma de histeria. También podría traducirse como «posesión de las novicias», ya que era frecuente entre las monjas más jóvenes.

18. Ver nota 24 del artículo de Gilles de la Tourette en este mismo volumen, p. 12.

19. Juan SERAPIÓN o YAHYA IBN SARAFYUN (N. del T.).

20. Abu Bakr Muhannad ibn Zakariyya'AL-RHAZI, conocido como RHAZÉS (865-924), RHAZIS o RASIS. Natural de Persia. Autor del libro *Kitab al-Mansuri*, que fue traducido por Gerardo de Cremona (1114-1187) con el nombre de *Liber de medicina ad Almansoren* y que trata en diez partes de toda la teoría y la práctica de la medicina, tal como se conocía entonces. Dirigió el hospital general de Bagdad, el *Bimaristán*, creado en el 670 y que tenía una sección para locos.

quædam prava ad superiora transiens[21] de Pablo de Egina, dice: *Nos unicam et proximam causam esse statuimos vaporem malignum et venenatum per arterias, venas et nervosum genus, ad superiores partes alevatum, earumque actiones varie lædentem*[22]. Argumenta luego con claridad que un humor no podría desplazarse lo suficientemente rápido: no es por tanto un humor lo que se eleva a partir de la matriz, *sed subtilissimus vapor, aura, vel spiritus, vi et efficacia potens attollitur*[23]. He aquí perfectamente anunciados los espíritus animales de Sydenham y los vapores de Pomme: se trata de la teoría nerviosa que sustituye la teoría humoral, pero todavía dentro de la doctrina del útero considerado como punto de partida único y necesario de la histeria.

Las cosas cambian desde el principio del siglo XVII. Charles Lepois empieza a hacer brecha en la teoría uterina con su obra: *Selectiorum observationum et consiliorum de visis hactenus morbis adfectibus que præter naturam ab aqua seu serosa colluvie ortis liber singularis*[24], Ponte ad Monticulum, 1618. Y las nuevas ideas del médico de Pont-à-Mousson están desarrolladas y defendidas con más repercusión por Thomas Willis (*Pathol. cerebri et nervosi generis specimen, in quo agitur de morbis convulsivis et de scorbuto*. Oxonii [Oxford], 1667).

Éste realiza un acercamiento entre la hipocondría y la histeria asignándoles una sede común y causas próximas análogas. La matriz no desempeña ningún papel en la producción de los fenómenos histéricos. La sede real de estas neurosis es el encéfalo. Los espíritus animales entran a la vez en escena; es la mezcla de estos espíritus con las partes heterogéneas [componentes sanguíneos] lo que provoca las convulsiones.

He aquí la teoría nerviosa en una forma primitiva enfrentada a la antigua teoría uterina. Pero una no desbancará la otra sin discusiones; puede decirse que la lucha entre las dos teorías rivales ha durado hasta nuestros días.

La polémica queda inaugurada inmediatamente por Highmore, cuya primera obra sobre la hipocondría y sobre la histeria (1660) es anterior a la de Willis, pero vuelve a tomar la pluma en 1670 para replicar a este último (*De passione hysterica et affectione hypocondriaca, responsio epistolaris ad D. Willisium*. Londini [Londres], 1670); Willis contesta a su vez ese mismo año (*Affectionum hystericarum et hypocondriacarum patología spasmodica vindicata contra responsionem epistolarem N. Hygmori*. Londini, 1670).

21. «…el pneuma corrupto que sube hasta los órganos superiores». Pablo de Egina militaba en la corriente *pneumática*, que hacía del *pneuma* y los «espíritus vitales» pieza fundamental de la producción de la histeria y algunas enfermedades nerviosas (más tarde *vaporosas*).

22. «Nosotros hemos establecido que la única y más próxima causa sea el vapor maligno y envenenado que a través de las arterias, las venas y el sistema nervioso, se eleva a los órganos superiores, y daña de diversas maneras las funciones de éstos» (N. del T.).

23. «…sino un vapor muy sutil, una brisa [un *pneuma*], algo así como un espíritu, que arrastra [algo] poderosamente con fuerza y energía propias» (N. del T.).

24. Conocido en posteriores traducciones como «Selección de *observatio* y *consilia* acerca de las enfermedades, en un sólo tomo» (N. del T.).

Me contento con indicar esta curiosa disputa y paso enseguida a Sydenham, que defiende enteramente las ideas de Willis y cuyo tratado marca una etapa muy importante en la historia de nuestra neurosis.

Es con la forma de carta a William Cole como apareció en 1682 la disertación del Hipócrates inglés sobre la viruela menor confluente y sobre la afección histérica (trad. francesa de Jault; ed. de J.-B. Th. Baumes, 1846, t. II, p. 65).

Es la más frecuente de la enfermedades crónicas (llega a constituir la mitad de los casos). No se trata solamente de una enfermedad de la mujer: «Aun entre los hombres, muchos de los que se dedican al estudio y llevan una vida sedentaria están sujetos a la misma enfermedad. Es cierto que las mujeres se ven afectadas mucho más a menudo que los hombres, no porque la matriz esté en peor estado que cualquier otro lugar del cuerpo, sino por causas que explicaremos a continuación».

Esta enfermedad «se muestra bajo una infinidad de formas diversas e imita a casi todas las enfermedades que sufre el género humano, ya que, cualquiera que sea la parte del cuerpo en la que se encuentre, produce inmediatamente los síntomas que le son propios a esta parte». A esto le sigue una notable descripción clínica de las diversas formas de la neurosis.

En cuanto a la teoría, «esta enfermedad proviene del desorden o movimiento irregular de los espíritus animales que, moviéndose de manera impetuosa, y en una cantidad excesiva, hacia tal o cual parte, causan en ella espasmos, o incluso dolor, cuando dicha parte está dotada de una sensibilidad delicada, y perturban las funciones de los órganos, tanto de aquéllos por los que pasan como de aquéllos a donde se dirigen, no pudiendo librarse ni unos ni otros de quedar enormemente dañados por esta propagación desigual de los espíritus, que es completamente contraria a las leyes de la economía animal[25]».

El capítulo terapéutico es tratado con gran amplitud en esta disertación, que, lo repito, marca época en la cronología de la histeria.

Frédéric Hoffmann (*Medic. ration. syst*., t. III, c. III. *De motibus spasmod. vagis*, y *Diss. de morbi hysterici vera indole, sede, origine et cura*. Halle, 1733) vuelve a defender la teoría uterina contra Sydenham y en consecuencia separa de nuevo la histeria y la hipocondría que Sydenham había reunido.

Nos vero, dice*, cum antiquissimus medicis, symptomatum hystericorum primam originem ab utero ejusque membranosa et vasculosa substantia et vasis ad illus spectantibus, imprimis spermaticis petendam esse, firmiter persuasi sumus; quarium partium spasmodicæ contrictiones postea in nervos vicinos ossis sacri et lumborum sese insinuant, et, ob consensum totius medullæ spinalis, nerveas membranas gradatim occupant a partibus inferioribus ad superiores sensim paulatimque se propagando*[26].

25. En términos más actuales, «de la fisiología de los seres del reino animal».

26. «Nosotros, en efecto, junto con los médicos más antiguos, estamos firmemente persuadidos de que el primer origen de los síntomas histéricos está en el útero y en su sustancia membranosa y vascular, y en los vasos que miran hacia él, y que recae primeramente sobre el aparato reproductor; partes cuyas contracciones espasmódicas penetran después sinuosamente en los nervios anejos del hueso sacro y de

Dubois relaciona acertadamente las ideas de Cullen con este pasaje de Hoffmann, que se inscriben una vez más en el mismo grupo doctrinal.

«Me parece evidente, dice, que los paroxismos de la histeria empiezan por una afección espasmódica y convulsiva del tubo digestivo, que de ahí se trasmite al cerebro y a una gran parte del sistema nervioso». «No obstante, los accesos tienen tan a menudo una conexión tal con el flujo menstrual y con todas las enfermedades que dependen del estado de los órganos de la generación, que con razón los médicos han considerado desde siempre el histericismo como una afección del útero y de las demás partes del sistema reproductor».

Pertenecientes al mismo siglo mencionemos, sin detenernos en ellos, a Stahl, Boerhaave (*Prælectiones academicæ de morbis nervorum*; publicado tras su muerte), Flemyng (*Neuropathologia, seu de morbis hypochondriacis et hystericis*, lib. III, 1760), Raulin (*Traité des affect. vaporeuses du sexe*, 1658) y Robert Wightt (*Obs. on the Nature, Caus. and Cure of those Disorders which are commonly called Nervous, hypochondriac or hysteric*. Londres, 1764).

En la misma época, las obras de Sauvages muestran perfectamente el lugar asignado a la histeria en las clasificaciones nosológicas hacia la segunda mitad del siglo dieciocho.

La primera edición de su libro se publicó en 1731 con el título: *Nouvelles classes de maladies qui, dans un ordre semblable à celui des botanistes, comprennent les genres et les espèces de toutes les maladies, avec leurs signes et leurs indications*[27], por S. de L. (algunos ejemplares, idénticos a los demás, muestran el nombre completo: Sauvages de Lacroix[28]); impreso en Avignon sin fecha; pero una carta de dedicatoria a Boerhaave y la respuesta de éste impresa en el primera página del volumen fijan esta fecha entre marzo y abril de 1731.

Encabezando el segundo capítulo, consagrado a las enfermedades crónicas, se sitúa la quinta clase, que comprende las enfermedades convulsivas; la primera sección está formada por las convulsivas generales; la histeria es la tercera de las mismas (p. 248).

«La pasión histérica, los vapores, es una enfermedad caracterizada por accesos de convulsiones generales o parciales, internas o externas, y por un temor habitual y desmesurado de no curarse de las mismas o de morir». Los vapores constituyen la mitad de los casos de enfermedades crónicas. Esta enfermedad no es exclusiva de las mujeres, los hombres son susceptibles de padecerla.

A continuación pasa revista a los diversos tipos: *hyst. spontanea* (Baglivi), *hyst. a cero acri in cerebro* [por líquido acre en el cerebro] (Willis), *a mesenteri ulcere* (id.), a *retento*

---

la zona lumbar, y por influencia en toda la médula espinal gradualmente van ocupando las membranas nerviosas desde las partes inferiores a las superiores poco a poco y paulatinamente» (N. del T.).

27. *Nueva clasificación de enfermedades que, en un orden semejante al de los botánicos, comprende los géneros y las especies de todas las enfermedades, junto con sus signos e indicaciones* (N. del T.).

28. En realidad, el nombre está incompleto y del revés: se trata de François BOISSIER DE LA CROIX DE SAUVAGES (Ver capítulo de Gilles de la Tourette, p. 25, nota 61).

semine [por retención de semen] (Bonet), *a putrido ovario* [por putrefacción del ovario] (Vesalio, etc.), *a pancreate ulcerato* [por úlcera del páncreas] (Hyghmore), *febrilis continua* [con fiebre continua] (Stahl), *febrilis intermittens* [con fiebre intermitente] (id.), *epileptica* (River).

En la obra de 1752 (*Pathologia methodica seu de cognoscendis morbis*. Amstelodami [Amsterdam]) encontramos en la página 222: *Classis tertiæ morbi spasmodici, seu convulsiones* (…), *101. Causa est influxus copiosior aut frequentior fluidi nervei his musculis contrahendis destinati, eo fine ut conatu spasmodico materiæ morbificæ stimulantes, aut sanguis ipse spissior, corrigantur ac eliminentur. Tres sectiones stabilimus*…[29].

(…) *Sectio II. 103. Morbi clonici tum convulsivo, tum tremulo, semper coacto et involuntario motu stipandi, citra inflammatoriam febrem ac dyspnæam notabilem aut constantem*[30].

(…) *5º Hysteria (vapeurs) ab epilepsia in eo dicrepat, quod raro aboleantur sensus in paroxysmo, et semper hystericæ sint de more suo anxiæ*[31] (…).

En la tercera edición de la misma obra (Lugduni [Lyon], 1750), las enfermedades espasmódicas forman la cuarta clase (p. 280) y la histeria se sitúa en cuarto orden de esta clase (*clonici universales* [convulsiones generalizadas]). Tras haber reproducido la tipificación de más arriba, menciona las siguientes especies: *hyst. vulgaris* (Baglivi), *hyst. epileptica* (River), *hyst. febrilis* (Stahl).

El mismo texto, en francés, puede encontrarse en las *Œuvres diverses*, tomo I (París, 1771).

De entre los imitadores del creador de las clasificaciones nosográficas, mencionemos a Pinel, cuya *Nosographie philosophique* aparece en 1799, y que clasifica la histeria dentro de las neurosis de los órganos reproductores de la mujer.

Ya antes habríamos debido citar (si no hubiésemos querido relacionar a Pinel con Sauvages) a Pomme, cuya primera memoria (*Essai sur les vapeurs*) aparece en 1760, y cuya obra maestra (*Traité des affections vaporeuses des deux sexes ou maladies nerveuses, vulgairement appelées maux de nerfs*) fue publicada por la *Imprimerie royale* en 1782.

La obra del médico de Montpellier es importante sobre todo desde el punto de vista de la terapéutica de la histeria.

---

29. «Clase tercera de enfermedades espasmódicas, o convulsiones… 101. La causa es el influjo más abundante o más frecuente del fluido nervioso destinado a esos músculos que se contraen, materias dañinas que causan estimulación en ese destino como impulso espasmódico, o en caso contrario, siendo la sangre misma más espesa, se ven contrarrestadas aquéllas y son eliminadas. Establecemos tres secciones…» (N. del T.).

30. «Sección tercera. 103. Las enfermedades clónicas, a convulsivas o a veces con temblor, acompañadas de fiebre inflamatoria y disnea notables o constantes» (N. del T.).

31. «5º La histeria (los vapores [en francés en el original]) se diferencia de la epilepsia en que es muy raro que se pierda el sentido en los paroxismos, y la histérica siempre manifiesta de una manera característica su ansiedad» (N. del T.).

«Llamo, dice, afección vaporosa a la afección general o parcial del sistema nervioso que produce la irritabilidad y la cornificación[32] del mismo». Con el apoyo de casuística, describe la historia clínica de esa histérica inveterada y de ese languideciente vaporoso de quienes podría decirse:

> Sombra del hombre y de los vivos borrado,
> Tonto por natura y sabio por flaqueza,
> Enfermo, sano, tedioso y atediado,
> Río sin alegría y lloro sin tristeza.

Pone en cuestión y refuta todas las teorías anteriores y sólo admite el espasmo, el eretismo y la queratinización de los nervios como causa próxima e inmediata de estas afecciones y como la única cosa a combatir en las enfermedades. De ahí la indicación de relajar los tejidos mediante disolventes y humidificadores, y entre ellos especialmente: los baños domésticos simples o compuestos[33], tibios y fríos, el pediluvio caliente, los lavados refrescantes, de agua corriente fría e incluso con hielo, según las circunstancias; las cataplasmas tibias con hierbas emolientes, las infusiones frías, el agüilla que suelta la carne de ternera, de cordero, o de pollo; el suero de queso colado, el destilado, los caldos de gallina, de cordero, de bofe de ternera, los de rana y los de tortuga; las pociones aceitosas y mucilaginosas, por último las aguas minerales frías, preferiblemente las más ligeras. Prohíbe absolutamente todos los antiespasmódicos, pero insiste ante todo en los lavados fríos, y deja a sus enfermos en el agua durante varias horas sin interrupción, tres o cuatro horas al día, a veces seis o incluso más.

Tissot (*Traité des nerfs et de leurs maladies*, 1768) pone en duda las teorías de Pomme: Los nervios son cuerpos blandos, dice, que en absoluto se tensan, y que por tanto no encogen ni se cornifican en modo alguno. Incluso la discusión fue bastante acalorada entre los dos médicos; la doctrina en cuestión ha sido olvidada hace ya mucho tiempo, pero la obra de los dos polemistas debe conservarse como documento clínico importante en la historia de la neurosis.

Los autores del *Nouveau Dictionnaire universal et raisonné de médecine, de chirurgie et de l'art vétérinaire* de 1772 (t. V, p. 183)[34] tampoco querían admitir «esa opinión hipotética y peligrosa sobre la supuesta cornificación de las fibras nerviosas, que se ofrece como única causa de los vapores; paradoja que no se sostiene, que debe considerarse como

32. Or.: *racornissement*. En la teoría humoralista, endurecimiento por desecación. Traducimos como 'cornificación' pues entendemos que ese término se ajusta más a las ideas del autor que el concepto moderno de 'queratinización', de etimología casi idéntica.

33. Baños simples: sólo con agua (acción terapéutica de la humedad y la temperatura). Baños compuestos o medicamentosos: se añade al agua alguna sal mineral soluble o cualquier producto medicamentoso que se supone será absorbido a través de la piel o por inhalación del vapor.

34. Los autores en portada son «Una sociedad de médicos». Publicado en París por «Hérissant hijo, librero», en 1772.

una visión efímera consagrada por su propia naturaleza a un olvido eterno». «Admitimos, continúan, la sensibilidad y la irritabilidad, la tensión y el eretismo de tipo nervioso, la corrupción de los fluidos corporales, las obstrucciones de las diferentes vísceras del bajo vientre, la retirada de las pérdidas periódicas [menstruales], las pérdidas rojas demasiado abundantes y las pérdidas blancas [leucorrea]».

En 1816, Baumes, en sus notas añadidas a las obras de Sydenham (t. II, p. 423)[35], es más ecuánime en su crítica a Pomme: «Hay que pesar, dice, en la balanza de la imparcialidad lo que el método que él ha resucitado tiene de ventajas y lo que, en ciertos casos, tiene de defectuoso y de peligroso: pero, ¿quién puede sostener la balanza de un modo imparcial, y cuál es el resultado más determinante de la observación en lo referido a este tema? ».

Es en este momento cuando aparece la obra de Louyer-Villermay (*Traité des maladies nerveuses proprement dites*. París, 1817), en el que se defiende de nuevo la teoría uterina.

«Si lo que se intenta es conocer, dice, cuál es la sede de esta enfermedad y qué perturbaciones de los órganos de la mujer producen los fenómenos de la histeria, uno queda convencido rápidamente de que el útero es la sede de esta neurosis y que existe en torno a este órgano una irritación, un espasmo que normalmente es sentido por las propias enfermas, y que es independiente de una lesión orgánica o de una alteración del tejido. Durante los accesos de histeria, la mano, situada en el hipogastrio, aprecia un movimiento vermicular que se aprecia igualmente en el dedo si se introduce en la vagina».

Como muestra de la perpetuidad de la lucha entre teorías rivales, inmediatamente después de Louyer-Villermay encontramos un ardiente defensor de la teoría de Lepois, de Willis y de Pomme en la persona de Georget, que suplanta enteramente al útero en favor del encéfalo.

En su artículo del *Dictionnaire de médecine* (1824), Georget define la histeria de esta manera: «una afección convulsiva apirética, normalmente de larga duración, que está formada principalmente por accesos o ataques que tienen como características las convulsiones generales y, durante ellos, la suspensión pasajera y a menudo incompleta de las funciones intelectuales». Describe la enfermedad durante los ataques convulsivos y en el intervalo que media entre esos ataques. Por lo demás, defiende unas cuantas de las ideas prácticas de Pomme, del que dice: «Quizá sea el único autor que tuvo la prudencia de no plantear tratamientos violentos para una enfermedad de cuya naturaleza se conoce tan poco, y con el que los auxilios de la farmacia son casi siempre inútiles, en caso de que no sean perjudiciales».

De 1826 a 1832 aparece el *Traité de pathologie interne* de Joseph Frank. Estudia en el mismo capítulo (p. 428, t. III, ed. francesa de Bayle, 1857) las afecciones espasmódicas vagas en general y la histeria en particular. Para él, esta última neurosis esta constituida por las afecciones espasmódicas vagas que parten del útero. Ofrece una rica bibliografía, y a continuación dedica largos desarrollos al estudio completo de la enfermedad y a su tratamiento.

35. Thomas SYDENHAM, *Œuvres de Médecine pratique*, traducidas por A.F. Jault. Revisadas y anotadas por J-B. Thomas BAUMES, Montpellier, Sevalle, 1816, 2 vols.

Inmediatamente después aparecen las obras de Brachet (*Recherches sur la nature et le siège de l'hystérie et de l'hypochondrie, et sur l'analogie et les différences de ces deux maladies*. París, 1832, en octavo) y de Dubois de Amiens (*Histoire philosophique de l'hypochondrie et de l'hystérie*. París, 1833, en octavo).

En esta última obra se podrá encontrar ante todo una rica bibliografía (de la que hemos tomado muchos datos para esta cronología), una crítica minuciosa de las diversas opiniones sostenidas sucesivamente por los autores y finalmente, como conclusión, una nueva defensa de la teoría uterina.

«Así pues, dice, no hay más que una causa próxima para todos los fenómenos de la histeria: es esa excitación primitiva que hemos señalado; tampoco hay más que una sede en un principio, y esta sede debe situarse en el útero».

Esta es también la opinión de Foville, que, en su artículo del *Dict. de méd. et de chir. prat* (t. X, p. 295, 1833), se opone a Georget y concluye que hay que «considerar el útero como auténtico lugar de origen de los fenómenos cuyo conjunto constituye la histeria».

En 1846, Schützenberger publica (*Gaz. médic. de Paris*) un destacado artículo (*Rech. clin. sur les causes organ. et le mécanisme de production des affections appelées hystériques, reeditado a la cabeza de los Fragments d'études pathologiques et cliniques*. París, 1879), particularmente interesante desde el punto de vista del papel atribuido al ovario.

Partiendo de una erudita crítica histórica y del análisis de varias observaciones clínicas, el profesor de Estrasburgo concluye: «(…) A. Que ciertas excitaciones nerviosas locales, las más de las veces continuas, pueden convertirse en la causa orgánica de perturbaciones funcionales intermitentes, traduciéndose en forma de ataques o de accesos convulsivos más o menos generalizados, con o sin pérdida de conocimiento, sin que los órganos centrales o el sistema nervioso en general se vean afectados por un estado patológico permanente demostrable. — B. Que, en el caso de las mujeres, la excitación ovárica es la causa más frecuente de este tipo de perturbación, cuyo modo de producción es análogo al de todos los movimientos reflejos y se explica por la misma ley fisiológica. — C. Que clínicamente se puede reconocer la existencia de esta causa y la realidad de su influencia gracias a la excitación mecánica del ovario, cuya compresión profunda produce localmente dolor y de modo reflejo el fenómeno de los ataques[36]. — D. Que otras excitaciones locales son susceptibles de producir fenómenos análogos y que una investigación atenta podrá revelar esos focos de excitación local. (…) — G. Que en lo que concierne al ovario (la causa de la excitación nerviosa local) puede depender de una congestión, de una inflamación, de una degeneración, o ser solamente nerviosa o neurálgica (…)».

Hay que relacionar con esta memoria de Schützenberger el trabajo de Négrier (*Recueil de faits pour servir à l'histoire des ovaires et des affections hystériques de la femme*, 1858).

Señalemos a continuación los tratados clásicos de Landouzy (1848) y de Briquet (1859), y los diversos artículos publicados sucesivamente de Lasègue, entre los que mencionare-

36. Se refiere a la maniobra exploratoria, ya aparecida en varias páginas de este volumen, consistente en hacer presión manual al explorar los puntos ováricos.

mos los que versan sobre la tos histérica (*Arch. gén. de méd.*, 1854), la anestesia y la ataxia histéricas (*ibid.*, 1864), la anorexia histérica (*ibid.*, 1873), las histerias periféricas (*ibid.*, 1878). Pueden encontrarse estas diversas memorias y una lección sobre la histeroepilepsia en los *Études médicales*, publicado en 1884.

Llegamos así al periodo completamente contemporáneo.

Citemos ahora pues el trabajo de Bouchut (*De l'état nerveux aigu et chronique ou nervosisme confondu avec l'hystérie*. París, 1860), el tratado de las neurosis de Axenfeld (1863), el *Étude clinique* de Chairou (1870), el libro de Duchenne de Boulogne sobre la *Électrisation localisée*, y sobre todo los primeros trabajos de Charcot y de sus alumnos.

Casi en los límites que hemos puesto a esta cronología (1874), el ilustre médico de Salpêtrière ya ha publicado sus lecciones sobre la parálisis y la contractura histéricas y el primer volumen de sus lecciones sobre las enfermedades del sistema nervioso (histeria, histeroepilepsia). Y, de entre sus alumnos, Bourneville y Voulet han estudiado la contractura histérica permanente (París, 1872); Bouchard, los vómitos incoercibles histéricos (*Mouvement médical*, 1873), etc.

Aparecen entonces, casi a la vez, los dos importantes artículos de Bernutz (*Nouv. Dict. de méd. et de chir. prat.*, t. XVIII, 1874), y de Jolly (*Ziemssen's Handbuch der spec. Pathol. Und Therap.*, t. XII, 1875). En esta fecha es cuando acaba nuestra cronología; todos los trabajos aparecidos desde esta fecha se indicarán en la bibliografía (al final del artículo)[37] y serán resumidos en ese mismo apartado.

III. Etiología. Vamos a proceder en primer lugar analíticamente, es decir, vamos a considerar uno tras otro todos los elementos etiológicos y a determinar su relevancia; después sintetizaremos, al final de este parágrafo, la doctrina etiológica y patogénica de la neurosis en unas cuantas proposiciones generales.

1. Sexo. La cuestión de la influencia del sexo sobre el desarrollo de la histeria ha apasionado a los pensadores desde siempre; estaba relacionado íntimamente con el problema de la naturaleza misma de la neurosis y reflejaba todas las oscilaciones de la doctrina.

Por supuesto, de los autores citados en la cronología, los que hemos mencionado como defensores de la teoría uterina no reconocían la existencia de la histeria masculina; todos los que, por el contrario, rechazaban el origen uterino como algo necesario y no consideraban más que el estado del sistema nervioso, admiten la histeria masculina.

Es inútil volver a la enumeración de unos y otros.

Hoy día la cuestión está resuelta: la histeria existe en los dos sexos. Incluso es más frecuente en el hombre de lo que se ha creído hasta ahora. Sin embargo, hay que guardarse de la exageración opuesta (que tal vez constituye la tendencia de estos últimos años).

La proporción estadística entre los casos de histeria femenina y los casos de histeria masculina me parece imposible de establecer, ya que, si bien se publican prácticamente

37. [N. de G.] Consideraciones materiales extra-médicas han obligado a suprimir, a última hora, y muy a pesar del autor, esta bibliografía.

todos los casos de histeria confirmada en el hombre, ya sólo se publican las observaciones de histeria en la mujer cuando éstas presentan algún rasgo nuevo o insólito.

Briquet intentó dar cifras. Por 1.000 casos de histeria observadas por él o por otros, encuentra 50 en el hombre, y no teniendo en cuenta más que las observaciones personales obtiene 204 mujeres por 11 hombres. Lo que da en cualquier caso una proporción de 1 hombre por 20 mujeres dentro de los histéricos.

Como señaló Huchard, esta proporción establecida por Briquet no puede conciliarse con la cifra aportada por el mismo autor sobre la frecuencia absoluta de la histeria. Briquet admite en efecto que la mitad de las mujeres son histéricas. Si se admite esta proposición (que por mi parte creo exagerada), ¿cómo admitir el que, por 1.000 hombres, haya 50 histéricos?[38]

Bernutz considera que incluso la proporción de 10 a 1.000 es exagerada. Yo estimo que se queda muy lejos, pero en sentido contrario, y para ello no requiero de más prueba que el propio razonamiento que hace para sostener su parecer.

«Esta restricción reposa, dice, en el hecho de que, si se acepta como cierto el que en los hospitales de adultos se encuentran 33 histéricos por 100 enfermos, como indica el recuento hecho por el Sr. Briquet en el hospital de La Charité, la proporción de 1 histérico varón por 100 histéricas mujeres, llevaría a concluir que deberíamos observar cada año en cada uno de los principales hospitales de París uno o incluso varios ejemplos de histeria en el hombre, *cosa que no se da*». Esta última parte de la frase que he subrayado ya no responde a la realidad, pues hoy día se conoce mucho mejor la histeria y su característica clínica. No hace falta nada más que recorrer la bibliografía clínica reciente para ver que en estos últimos años se han observado anualmente numerosos casos de histeria en el hombre en los hospitales de la ciudad de París y provincia.

Bernutz rechaza a continuación, en nombre de los hechos (y en este punto comparto enteramente su opinión), «la interpretación propuesta por Landouzy, el cual suponía, según lo requería su causa, que la manifestación de la histeria en el hombre es la manifestación de un estado mórbido de los órganos genitales, tal como aceptaba que sucedía en la mujer».

Para dar una idea de la multiplicidad de los trabajos publicados en estos últimos años sobre la histeria masculina, mencionemos los siguientes (se encontrarán las indicaciones bibliográficas al final del artículo[39]): en primer lugar y sobre todo las publicaciones de Charcot y de sus alumnos, a continuación las de Bourneville y de sus colaboradores; las tesis de Petit (1875), Paulmier (1876), Lallemand (1877), Maricourt (1878), Jannet, Klein (1880), Casaubon (1884), Batault (1885), Quinqueton (1886); las memorias de Cavafy, Foet (1874), Fabre, Aron, Rochet, Bramwell, Bonnemaison, Lombard (1875), Rochet, Despine, Aussilhoux, Lustgarten (1876),

38. Se diría que Huchard, Grasset o ambos, no transmiten con claridad este punto. Más arriba se dijo que había 50 varones en cada 1000 casos de histeria, y no por 1000 hombres. Por supuesto, sería imposible la comparación de esas proporciones estadísticas.

39. Bibliografía que, como ya dijo, fue suprimida y no se publicó (N. del T.).

Dreyfous, Armaingaud (1878), Potain, Hallopeau (1879), Legroux (1880), d'Olier (1881), Rueff, Lecoq (1882), Mossé, Pasternatzki, Walton (1883), Putnam, Mendel (1884), Voisin, Page, Joffroy, Troisier, Rendu, Féréol, Debove, Ball, Guinon, Boucher, Pedrazzi, Lanoaille de la Chèze, Camuset, Scheiber, Savage, Salemi Pace (1885), Berjon, Lumbroso, Duponchel (1886).

Esta mera enumeración prueba por sí sola la importancia y hasta cierto punto la frecuencia de la histeria en el hombre.

Klein, en su tesis realizada bajo la dirección de Olivier, ha podido reunir 80 observaciones; más recientemente Batault ha recogido 219, y Oseretzkowsky ha demostrado que la histeria no es infrecuente en las tropas rusas y ha publicado 11 casos.

2. Edad. La histeria puede desarrollarse a cualquier edad. Contrariamente a la teoría de aquellos médicos defensores de que esta neurosis provenga de la continencia y de las aspiraciones no satisfechas del útero, la histeria se observa con frecuencia desde la infancia, en niñas e incluso en varones jóvenes.

Landouzy cita 48 casos que se desarrollaron de los 10 a los 15 años; Briquet, de 430 observaciones, cita 87 casos que comenzaron durante la infancia.

En 31 niños, el comienzo de la histeria se produjo en una época que no ha podido designarse con otro nombre que el de infancia; en 3 se produjo a los 5 años, en 6 entre los 6 y los 7, en 11 entre los 7 y los 8, en 6 entre los 8 y los 9, en 9 entre los 9 y los 10, en 4 entre los 10 y los 11, y finalmente en 17 entre los 11 y los 17 años (París).

Sumando las cuatro estadísticas de Landouzy, Georget, Beau y Briquet, citadas por Bernutz, y que nosotros reproducimos más abajo, encontramos, de 820 casos, 228 que se han desarrollado antes de los 15 años. Amann, citado por Jolly, encuentra 16 producidos de los 8 a los 15 años de 268, y Scanzoni 4 de 217 antes de los 15.

En un trabajo específicamente dedicado a la histeria infantil, Greffier cita 23 casos distribuidos de la siguiente manera según la edad de comienzo: 3 a los 8 años, 3 a los 9 y medio, 3 a los 10, 4 a los 11 y los 11 años y medio, 2 a los 12, 4 a los 14 y 2 a los 15.

Contamos con que, en lo referido a la histeria en el hombre, Batault menciona 10 casos (de 192) que se hayan desarrollado de los 0 a los 10 años, siendo la edad mínima de 2 años y 9 meses.

De las 8 observaciones mencionadas por Paris, la histeria comenzó entre los 7 y los 8 años en 3 casos, entre los 9 y los 10 en 3, entre los 10 y los 11 en 1, entre los 11 y los 12 en 1.

Pueden encontrarse documentos recientes sobre la histeria de los niños en las tesis de Guiraud, Petit (1880), Casaubon (1884) y Peugniez (1885), y en los trabajos de Marmisse, Jacobi (1876), Bouchut (1877), Dreyfous (1878), Henrot, Armaingaud (1879), Charcot, Greffier, J. Simon (1882), Barrs (1883), Bourneville (1884) y Savage (1885).

No se debe creer, sin embargo, que la infancia sea la edad privilegiada para el desarrollo de la histeria. He aquí algunas estadísticas de las que se podrán deducirse con facilidad las conclusiones sobre esta cuestión:

EDAD	LANDOUZY	GEORGET	BEAU	BRIQUET	AMANN	SCANZONI
De 0 a 10 años...	4	1	-	66	16	-
De 10 a 15 años...	48	5	6	98		4
De 15 a 20 años...	105	7	7	140	62	13
De 20 a 25 años...	80	4	3	71		64
De 25 a 30 años...	40	3	-	24	92	
De 30 a 35 años...	38	-	-	9		78
De 35 a 40 años...	15	-	-	9	81	
De 40 a 45 años...	7	1	-	1		44
De 45 a 50 años...	8	-	1	3	12	
De 50 a 55 años...	4	-	-	3		11
De 55 a 60 años...	4	1	2	2	5	
De 60 a 80 años...	2	-	-	-		3
Totales…	355	20[40]	19	426	268	217

La mayor parte de las estadísticas están de acuerdo en mostrar que de los 10 a los 20 años, es decir, en la edad de la pubertad, es cuando se aprecian claramente la mayor parte de los casos de histeria. Es la opinión de todos los autores.

En la tabla de más arriba, las cifras de Scanzoni y de Amann llevan la contraria a las cuatro estadísticas francesas y parecen atribuir una mayor frecuencia de desarrollo a las edades que se acercan a los 30 años. Pero nosotros llamaremos la atención, junto con Jolly, en que el hecho de que se trata de estadísticas realizadas en consultas de ginecólogos, es decir, por médicos que tienen ocasión de observar un número relativamente considerable de neurosis ligadas a enfermedades uterinas y como consecuencia de histerias desarrolladas en la madurez.

Mantenemos, por tanto, la proposición de que la edad privilegiada para el desarrollo de la histeria es la más próxima a la época de la aparición de la menstruación o, de modo más general, la época de la pubertad.

Pasada esta edad, los casos disminuyen en frecuencia, sobre todo después de los 20 años.

Encontramos cierta divergencia entre los autores cuando se trata de apreciar la influencia etiológica de la edad de la menopausia.

Las cifras de las estadísticas apenas señalan aumento en esta edad. Pero haremos una observación que invalidará de manera singular el valor de estos recuentos. Se trata de cifras absolutas, que expresan el número de los histéricos que se desarrollan en cada edad, pero habría que relacionar estas cifras diversas con la población sana de la misma edad para poder compararlas entre sí. Hay muchas menos mujeres de 50 años que jóvenes de

40. Suman 22: quizá se trate de una errata (N. del T.).

15; las cifras absolutas de las histerias desarrolladas a los 50 y a los 15 años, por lo tanto, no pueden ser objeto de comparación.

Gardane había propuesto que de todas las enfermedades que aparecen en la época de la menopausia, ninguna es más frecuente que la histeria. Louyer-Villermay había aceptado este punto de vista. Bernutz pone de relieve con razón que la contradicción no es tan grande como pudiera creerse en base a las estadísticas. Pues, «si bien se observa con poca frecuencia el inicio de una histeria en la época de la menopausia, no es extraño ver cómo reaparecen síntomas nerviosos que habían quedado interrumpidos desde hacía más o menos tiempo, o cómo adquieren una nueva intensidad en el caso de que no hubiesen desaparecido completamente, cosa que no han podido tener en cuenta las estadísticas».

Se entiende, por lo demás, que una mujer susceptible de ser histérica, difícilmente atravesará todas las edades anteriores a la menopausia sin encontrar varias veces las ocasiones suficientes para el desarrollo de la neurosis. Puede decirse, por tanto, que es poco común que una mujer comience a padecer histeria tan sólo a partir de la menopausia, pero es frecuente, por el contrario, ver que con esta edad una histeria adormecida o desaparecida experimenta una reactivación.

Puede decirse, por lo tanto, que si bien la pubertad es la edad privilegiada para el nacimiento de la histeria, la menopausia es una edad privilegiada para la revivificación de la neurosis.

Pasada la menopausia, el desarrollo de la histeria se convierte en una excepción tan insólita que incluso uno se pregunta si verdaderamente existen ejemplos que se puedan aducir. Con ello no quiero decir que, tal como habían propuesto Dubois (de Amiens) y Béclard, y como acepta Bernutz, la supresión definitiva de la regla haga que la histeria desaparezca. Yo he visto a varias señoras mayores seguir padeciendo la histeria todavía por bastante tiempo tras la menopausia, pero se trataba de neurosis desarrolladas anteriormente.

Resulta interesante emparentar las consideraciones precedentes, que están basadas en el estudio de la histeria femenina, con los resultados del reciente estudio de histeria masculina.

En 192 de los casos reunidos por Batault se ha recogido la fecha de los primeros episodios histéricos. Esos 192 casos se distribuyen de la siguiente manera:

De 0 a 10 años (caso mínimo en edad: 2 años y 9 meses).	10 casos
” 10 a 20 años	78 ”
” 20 a 30 años	60 ”
” 30 a 40 años	27 ”
” 40 a 50 años	11 ”
” 50 a 60 años	6 ”

Vemos que la concordancia entre estos datos y las tablas de la histeria femenina es prácticamente total. El periodo que transcurre entre los 10 y los 20 años sigue siendo la

edad privilegiada para el desarrollo de la neurosis, y seguidamente las cifras decrecen progresivamente, sin presentar entre los 40 y los 50 años el ligero repunte que la menopausia provoca en la mujer.

3. Herencia. Para comprender toda la importancia de la herencia, que es un factor etiológico de primer orden, es preciso considerarla desde el punto de vista más general.

Para empezar, la histeria es hereditaria en sí misma, es decir, que los histéricos tienen a menudo madres afectadas de la misma neurosis, y que las madres histéricas tienen posibilidades de ver cómo la neurosis se desarrolla en sus hijos. Según Briquet, la mitad de las madres histéricas es susceptible de traer al mundo histéricos, y una niña que nace de una madre histérica tendría una posibilidad contra cuatro de ser histérica. Muy raramente se ve una madre histérica que tenga seis hijas histéricas, como la que observó Bernutz. De 209 casos, Hammond ha encontrado madres, tías o abuelos histéricos en 131 enfermos.

Aparte de esta relación que entra dentro de lo que Morel llama herencia similar, en segundo lugar tenemos, con mucha más frecuencia todavía, la herencia neuropática general, es decir, que encontramos muy frecuentemente en los ascendientes directos o parientes indirectos otras enfermedades diversas del sistema nervioso, sobre todo neurosis (epilepsia, alienación mental, catalepsia, etc.), pero también afecciones orgánicas del eje cerebroespinal (parálisis general, ataxia locomotriz, etc.).

Muchos autores han insistido en estos hechos sin que todos por igual les hayan concedido la misma importancia.

De entre los 1103 ascendientes de 351 histéricas, Briquet ha encontrado 214 histéricas y otras 58 de otras enfermedades del sistema nervioso (13 epilépticos, 16 alienados, 1 *delirium tremens*, 1 paraplejia, 3 sonámbulos, 14 enfermedades convulsivas, 10 apoplejías), en suma, 25 por 100 de ascendientes neuropáticos. Por el contrario, de entre 704 ascendientes de 167 personas no histéricas, no encuentra más que 11 histéricos y 4 de otras enfermedades del sistema nervioso, es decir, solamente un 2 por 100 de neurópatas.

Georget ya había aceptado que estaban predispuestos a la histeria «no solamente los sujetos descendientes de histéricos, sino también los descendientes de epilépticos, de alienados, de hipocondriacos, de sordos o de ciegos de nacimiento, y finalmente de ascendientes aquejados de apoplejía o de una enfermedad cerebral cualquiera». Bernutz, que comenta este punto de vista, lo encuentra excesivo, e intenta entonces analizar más rigurosamente el efecto etiológico individual de cada enfermedad nerviosa; lo acepta, con reservas, para la epilepsia, con más reservas todavía para la alienación mental, y no lo acepta en absoluto para las demás enfermedades nerviosas.

No estoy de acuerdo con esta manera de ver las cosas de Bernutz, y por el contrario acepto, en nombre de la clínica, las estrechas relaciones que vinculan en las líneas genealógicas las diversas enfermedades del sistema nervioso, es decir, que comparto enteramente la opinión de Féré sobre la familia neuropática.

Dejerine ha reunido en su tesis de agregaduría (1886) todos los documentos relativos a esta cuestión. De acuerdo con las cifras que ofrece, de la epilepsia parece derivarse histeria tan a menudo, si no es más, de lo que se deriva la propia epilepsia. A continuación

menciona una serie de observaciones o bien inéditas, o bien tomadas de Doutrebente, Charcot, Vulpian, etc., en las que vemos en la herencia de las histéricas una serie de tipos raros, de locos hereditarios, de locuras circulares, de dipsomaniacos, de idiotas, de débiles mentales, de imbéciles, de microcéfalos, de dementes, de excéntricos, de maniacos. Esta grave carga hereditaria se encuentra aún mucho más marcada en la histeria masculina. «El alcoholismo, la histeria, la epilepsia, la alienación mental, el suicidio del padre o del abuelo, la histeria, la alienación mental o el corea en los parientes indirectos, es el balance que resulta de las observaciones de histeria masculina publicadas estos últimos años y que reflejan sobre todo las observaciones que provienen del servicio del profesor Charcot».

Batault, de 218 casos, encuentra 100 observaciones en las que los antecedentes hereditarios están señalados, y de estos 100 enfermos, constata la herencia neuropática 77 veces. Estos 77 histéricos pertenecen a 75 familias; la herencia es directa en 56 casos. De 35 madres neuropáticas, encuentra 16 madres histéricas, 17 impresionables, neurálgicas o migrañosas, y 2 epilépticas. De 12 veces por las que el padre o la madre son neuropáticos, hay 3 madres histéricas, y las demás nerviosas están aquejadas de tics, de tortícolis espasmódica, o de corea; los padres son impresionables, coréicos, epilépticos, alienados.

Así pues, como dice Dejerine, «la histeria no se combina solamente», en la sucesión hereditaria, «con la epilepsia y la alienación mental, puede asociarse con el corea, con la enfermedad de Basedow, con la ataxia locomotriz progresiva (Vulpian), y con todas las neurosis, con todos los estados neuro y psicopáticos, graves o leves. Digamos por lo tanto, para resumir, que podemos considerar la histeria como la más hereditaria de las neurosis, que presenta estrechas relaciones con todos los estados neuro y psicopáticos, que puede asociarse y coexistir con ellos, que puede ser resultado de su transformación o, por el contrario, transformarse en ellos, de manera que muestra, tal vez mejor que cualquier otra neurosis, las conexiones que la vinculan con la gran familia neuropatológica. Digamos para terminar que la herencia parece tanto más grave, tanto más acentuada, cuando la histeria se manifiesta desde la infancia o en el hombre».

No hay nada que sea más cierto; pero esto no es todo. Aparte de la herencia neuropática, similar o heterogénea, que es incuestionable, debo señalar como factor etiológico de la histeria, la histeria diatésica, que apenas si se la reconoce en su papel dentro de los clásicos, pero que por mi parte creo clínicamente demostrada.

Dejerine admite, de pasada, las relaciones del nerviosismo y del artritismo, y muestra que pueden encontrarse en los ascendientes de las histéricas «una madre migrañosa, artrítica, afectada de asma, de un ataque de angina de pecho neuroartrítica». Pero no insiste en ello.

Ya anteriormente Chairou había indicado que la tisis pulmonar en los ascendientes es una causa que predispone a la histeria en los niños. Pero esta opinión ha sido combatida en diversos frentes. La considero no obstante cierta, y recientemente he vuelto a realizar su demostración clínica.

Tendremos que volver sobre ello. Como es conveniente no fragmentar esta importante cuestión, la trataremos en el parágrafo siguiente, consagrado a la influencia etiológica de las enfermedades generales. Aquí nos conformamos con mencionarla.

Queda por estudiar un último punto en esta compleja cuestión de la herencia.

En el contexto que hemos considerado hasta ahora, no hemos intentado distinguir ni separar el papel desempeñado por el padre del desempeñado por la madre. ¿Qué puede decirse sobre este asunto?

«El padre, dice Axenfeld, interviene en una medida mucho menor que la madre en la transmisión de la histeria; decir, no obstante, que cuando tan sólo la mujer posee esa impresionabilidad (la impresionabilidad particular que preside el desarrollo de la histeria), es necesariamente la única que pueda transmitirla, supone en nuestra opinión enunciar una proposición demasiado categórica».

De los 56 casos de herencia directa citados por Batault, solamente la madre era histérica o nerviosa en 35 ocasiones. Padre y madre tenían, cada uno por su parte, trastornos nerviosos en 12 casos, y en los 9 restantes el padre parecía ser el único en haber presentado antecedentes neuropáticos.

Cuando se trata de histeria masculina, podría verse en ello una prueba de que la herencia es ante todo herencia cruzada. Pero, tal como señala muy justamente Batault, los autores que se han ocupado de la histeria en la mujer han llegado también a admitir una mayor frecuencia de la herencia materna, lo cual no es, entonces, herencia cruzada.

Esto quiere decir simplemente que como la histeria (y como la mayoría de las neurosis) es más frecuente en la mujer que en el hombre, es completamente natural que la herencia neuropática se encuentre más a menudo en la madre que en el padre de los histéricos.

Si ahora consideramos la histeria bajo el punto de vista más general que he propuesto más arriba, vemos cómo el factor paterno y el factor materno tienden a la igualdad. No es extraño, en efecto, ver que el padre transmita una diátesis[41] mientras que la madre transmite la disposición neuropática, y la histeria resulta ser en el niño la consecuencia de una doble y complementaria herencia.

4. Enfermedades generales. Diátesis. Cuanto más profundo es el conocimiento que se tiene de la historia clínica de los enfermos del sistema nervioso, tanto más imbuido se está, en mi opinión, de la importancia etiológica de las afecciones generales, de los estados constitutivos, de las diátesis. Lo que se describe habitualmente con el nombre de enfermedades del cerebro, de la médula y de los nervios, no está formado más que por síndromes, por signos morbosas, que ponen de manifiesto una afección profunda general. No es este el lugar para concretar esta doctrina en lo referido a las esclerosis medulares, por ejemplo, o las neuritis, pero no podemos eludirla en lo que concierne a las neurosis y especialmente a la histeria.

41. Diátesis: término muy general y poco definitorio que indicaba la predisposición de una persona a padecer alguna o algunas enfermedades siempre y cuando entre en contacto con otros factores externos, es decir, sin que fuese la causa única para que la enfermedad se produjese. Procede de una época en que la Medicina daba una gran importancia a lo que se llamaba temperamento, hábito, tendencia, constitución, idiosincrasia, etc. En el caso de las enfermedades mentales, se ha planteado durante el último tercio del siglo XX un modelo etiológico de diátesis-estrés, donde a la predisposición hay que añadir un acontecimiento ambiental estresante.

Para ciertas neurosis, se acepta esta idea casi sin poner inconvenientes. De este modo, las relaciones del corea con el reumatismo, de la angina de pecho[42] con la gota, de la migraña con diversas diátesis, gozan de una aceptación casi mayoritaria; lo mismo ocurre, hasta cierto punto y respecto de ciertos autores, con la tetania y la parálisis agitante.

Pero, cuando se trata de la histeria, ya no ocurre lo mismo. Esta grave neurosis parece ser una enfermedad demasiado importante por sí misma, demasiado completa y demasiado particular, como para que se quiera hacer de ella la tributaria, la manifestación de un estado mórbido más general.

Y sin embargo, es completamente cierto. Cuando uno sale del nivel de la simple constatación de la manifestación que ha tenido lugar en el histérico presente o recientemente, cuando uno escruta la evolución completa de la vida patológica en el individuo y en la familia, uno se sorprende de las estrechas relaciones que vinculan la histeria con las diátesis mayores.

Como ya hemos dicho en otra parte, las diátesis son estados constitutivos que se encuentran en una serie de generaciones de la misma familia y en un cierto número de sujetos de la serie; pueden manifestarse a través de neurosis.

Así, por ejemplo, en una familia de tísicos podrá observarse que de los hijos de un tuberculoso uno muere de una meningitis tuberculosa, el segundo contrae una tisis común, y que un tercero escapa a la diátesis. Este último será un neurópata, un histérico, un hipocondriaco, incluso un alienado. En mi opinión, sólo ha escapado en apariencia a la diátesis hereditaria. Es tuberculoso como los demás, pero no tiene tubérculos en ninguna parte. Es la neurosis la que constituye la manifestación de la afección diatésica. Y lo que lo prueba es que el mismo neurótico engendrará niños en los que la diátesis está aún presente y a menudo vuelve a presentarse en un su forma clásica. Al ser hijo y padre de tísico, no interrumpe la línea de los diatésicos, lo único que ocurre es que es su histeria la que ha ocupado en él el lugar de la tisis pulmonar, que era manifestación de la diátesis. Aparte de esta prueba a partir de los descendientes, este mismo sujeto podrá manifestar la naturaleza de su neurosis convirtiéndose él mismo en un tísico durante la segunda parte de su vida, y en tal caso a menudo existen fenómenos de alternancia y de fluctuación muy notables entre esas dos manifestaciones de la misma diátesis, fenómenos que han hecho que se acepte cierto antagonismo entre la histeria y la tuberculosis, cuando simplemente se trata de la historia de manifestaciones diversas y sucesivas, en donde una sustituye a la otra, de la misma afección diatésica de base[43].

---

42. Durante mucho tiempo se debatió si la angina de pecho era una enfermedad «espasmódica», una «neurosis» (o neuralgia, o neuropatía en general) o una «flemasía» o enfermedad de los bronquios. Ver: Manuel HURTADO DE MENDOZA, «Esternalgia o angina de pecho», en *Suplemento al diccionario deMedicina y Cirugía del Profesor D. Antonio Ballano*, Madrid, Imprenta de Brugada, 1823, pp. 543 y ss.

43. Evidentemente, a la hora de buscar argumentos para sustentar su convicción degeneracionista, GRASSET no era ni exigente ni riguroso: utilizando la noción de diátesis como un comodín, cualquier enfermedad aparecida o no en un individuo o en sus parientes podía ser el eslabón que mantuviese intacta la cadena de la transmisión hereditaria de cualquier otra.

Toda la doctrina está contenida en este ejemplo. Y no se debe creer que sea ésta una simple conjetura teórica. Es precisamente la conclusión de la observación clínica.

Sólo que, para ser completa, esta observación clínica no debe en ningún caso contentarse con el examen directo y actual del enfermo: hace falta escrutar la historia íntegra de su vida patológica, y remontarse hasta sus orígenes más profundos, analizar la historia del sujeto y de su familia, realizar el estudio de las transformaciones de la enfermedad a través de las generaciones. Por ello, esta convicción nace mucho más del estudio de los casos vistos en consulta privada que del estudio de hospitalizados[44].

En el trabajo especializado que he consagrado a las relaciones de la histeria con la diátesis escrofulosa y tuberculosa, he podido reunir 44 observaciones divididas en dos grupos: el primero (25 observaciones) comprende los casos en los que la neurosis era la única manifestación de la diátesis tuberculosa; el segundo comprende los casos en los que los sujetos presentaban, bien simultánea, bien sucesivamente, manifestaciones torácicas y fenómenos neuróticos. El primer grupo demuestra la filiación, dentro de la misma familia, de la tuberculosis y de la histeria; el segundo permite aparte de esto estudiar el orden de sucesión en el que se presentan los dos síntomas y la influencia recíproca que parecen ejercer uno sobre otro.

Siguiendo estos criterios, es preciso subdividir el grupo. Según el orden de sucesión, se presentaron tres casos: 1º, en cierto número de observaciones, la histeria se presentó en primer lugar, y a continuación la tuberculosis pulmonar; 2º, en cierto número del resto de observaciones, por el contrario, la tuberculosis sobrevino primero, viniendo la histeria en segundo lugar; 3º, en otras observaciones, finalmente, los dos tipos de manifestaciones parecieron comenzar simultáneamente o casi simultáneamente.

En cuanto a la influencia recíproca de los dos tipos de manifestaciones sintomáticas, algunas de nuestras observaciones muestran una alternancia muy clara, en donde los síntomas torácicos reemplazan y hacen desaparecer los síntomas neuróticos o viceversa. Esta sustitución de un grupo de fenómenos por el otro puede producirse sólo una vez en el transcurso de la enfermedad; también puede producirse una serie de ocasiones. Nosotros hemos citado ejemplos de una y otra forma.

Cuando el comienzo de los dos tipos de fenómenos ha sido simultáneo, no se observa esta alternancia. Evolucionan de manera paralela en el mismo sujeto; en tal caso, no obstante, aún parecen tener influencia uno sobre otro en cierta medida, de modo que la tuberculosis pulmonar es notablemente lenta las más de las veces. La victoria definitiva, por lo demás, pertenece bien a una manifestación, bien a la otra. Nosotros hemos mencionado casos en los que la histeria ha seguido dominando el campo y casos en los que, por el contrario, la tuberculosis pulmonar ha reinado de manera definitiva y exclusiva.

Remito a mi *Mémoire* para el examen crítico de las opiniones de los autores sobre esta cuestión. Intentamos demostrar contra Huchard y Mossé que nuestros casos tenían

44. Parece referirse a que un médico que atendiese a una familia en su consulta tenía más oportunidades de hacer seguimientos continuados a varios miembros en más variadas circunstancias que quien sólo los ve cuando ingresan en un hospital.

que distinguirse a la vez de las falsas tisis de los histéricos, y de las falsas histerias de los tísicos (fenómenos histeriformes sintomáticos de tubérculos en los centros nerviosos). Hemos luchado contra la teoría de la coincidencia defendida por Brachet y Debove: ¿cómo podría admitirse la mera coincidencia en aquélla familia en la que de seis niños (con herencia tuberculosa) tres mueren de tuberculosis pulmonar, una es histérica y otro alienado? Hemos discutido la opinión de Bernutz y de Jolly, que no ven en la tisis de los padres más que una causa de falta de fortaleza física o de debilidad mental, y la doctrina de los que, como Briquet, Tartivel, Féré, Pidoux, Walshe, Leudet y Largaud, sólo ven el antagonismo entre la histeria y la tuberculosis, también finalmente la teoría de Huchard, que pretende haber encontrado en el artritismo la raíz común de la tuberculosis y de la histeria.

Y nuestra conclusión fue la siguiente: «La tuberculosis es, como todas las diátesis, una enfermedad esencialmente general y constitutiva; la tisis pulmonar es una de las manifestaciones de esta enfermedad, pero no la única. Las neurosis en general, y la histeria en particular, también pueden ser la manifestación directa de la afección diatésica. De igual modo que el corea es a menudo de naturaleza reumática y la angina de pecho de naturaleza gotosa, así la histeria puede ser de naturaleza tuberculosa, no teniendo aquí la palabra tuberculoso un sentido nosológico y mucho menos su sentido anatómico, es decir, que en la histeria de naturaleza tuberculosa no suponemos que existan tubérculos en los centros nerviosos (sólo se puede entender esta proposición si se admite, como nosotros, que los tubérculos no son patognomónicos de la diátesis tuberculosa, que aquéllos existen sin ésta y que ésta existe sin aquéllos). Esencialmente hereditaria, no se comprende adecuadamente la diátesis tuberculosa más que si se observa su evolución en las familias, en sus diversas manifestaciones, y a través de las sucesivas generaciones. Vemos entonces que la histeria puede ocupar el lugar de la tisis pulmonar en un miembro de la familia, con el mismo derecho que la meningitis tuberculosa la reemplaza en otro y la enfermedad de Pott[45] en un tercero».

Por lo demás, no debe creerse que la diátesis tuberculosa sea la única que encontramos de este modo tras la histeria; mi posición nunca ha sido esa. Encontramos el artritismo al menos tan a menudo, si no más. En este punto disponemos de un mayor número de autores que nos respaldan.

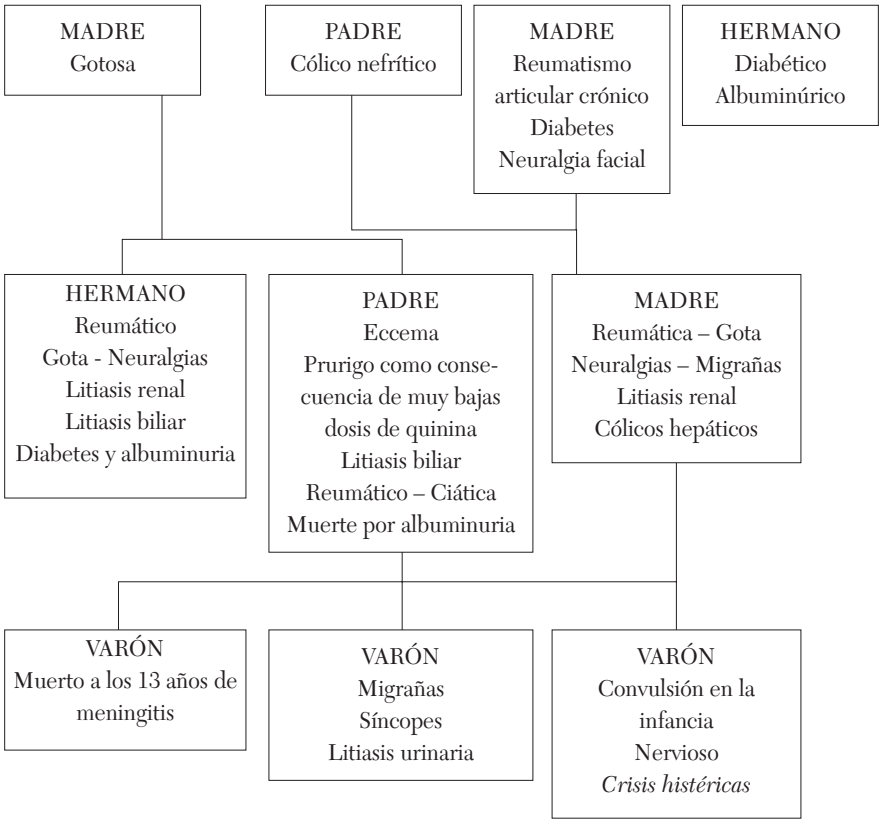
Huchard cita las opiniones de Hufeland, Sydenham, R. Whigt, Gerdy, Trousseau y Reynolds, y saca él mismo esta conclusión: «En nuestra opinión queda completamente demostrado que la artritis (y con esta palabra englobamos todas las manifestaciones articulares y periarticulares de la diátesis), transmitiéndose de una generación fuerte y vigorosa a otra más o menos marchita y débil, degenera a menudo en neuropatía: sin duda, las más de las veces se trata de esa histeria vaga designada y conocida con los variados nombres de nerviosismo o neurastenia, pero también a veces el estado nervioso generado por la artritis puede alcanzar el nivel de la histeria propiamente dicha». Tenemos algunas

45. Tuberculosis vertebral (N. del T.).

reservas respecto a algunas partes de este pasaje, pero nos quedamos con la constatación de las relaciones frecuentes de la histeria con la diátesis artrítica.

En 1880, Durand consagró a las relaciones entre la histeria y el reumatismo una tesis en la que se encuentran reunidas 11 observaciones interesantes, y más recientemente (1886) Souza Leite ha publicado notas para contribuir al estudio de las relaciones y de la influencia recíproca de la epilepsia o de la histeria con el reumatismo articular agudo.

Boinet ha dedicado todo un capítulo de su tesis de agregaduría al parentesco de la familia artrítica y de la familia neuropática, y Dejerine ha dado aún más impulso a la cuestión. El siguiente caso, tomado de Brichard, ejemplifica bien los parentescos clínicos:



Dejerine recuerda acto seguido que, «como ha mostrado Charcot, a veces se observan accidentes histeriformes en las mujeres en el transcurso de la diátesis urinaria. Mossé ha referido recientemente un ejemplo en un niño de 10 años y medio». A continuación cita el trabajo de Landouzy sobre la angina de pecho considerada como síntoma en sus relaciones con el nerviosismo artrítico, y añade más abajo: «En la histeria, no es nada extraño encontrar reumatismo, y las dos enfermedades pueden evolucionar juntas, sin que ejerzan una notable influencia la una sobre la otra».

Sin dejar de constatar estos hechos, Dejerine no los interpreta en absoluto como nosotros. Para él la histeria no es una manifestación del artritismo: son enfermedades distintas, aunque emparentadas, que a menudo se entremezclan. En estos casos, dice, «no hay relación de causa a efecto, sólo hay asociaciones sintomáticas más o menos frecuentes; es una cuestión de terreno y no del fruto que se obtiene de él. El artritismo y el nerviosismo tienen numerosos puntos de contacto entre sí, pero no se generan mutua ni recíprocamente. Si se compara cada uno de estos estados mórbidos con un árbol de numerosos brotes, se ven fácilmente (Charcot, enseñanza oral) los puntos en los que algunos de estos últimos, pasando de un árbol a otro, establecen vínculos de estrecho parentesco entre los dos troncos primitivos. Si seguimos empleando la misma comparación, puede decirse que ciertas ramas del árbol neuropatológico (corea de Sydenham, enfermedad de Parkinson, histeria) están conectadas de una manera más o menos patente con ramas del árbol del artritismo. Consideradas desde el punto de vista de la patogenia, el artritismo y el nerviosismo, tal como he indicado anteriormente, pueden ser considerados como dependiendo de un trastorno general de la nutrición, y es a este hecho al que probablemente se deben sus frecuentes conexiones. Uno y otro son productos de la degeneración, y, como señala Féré, por ello es por lo que a la neuropatía, la escrófula, la tuberculosis, el artritismo, etc., se los encuentra diversamente combinados en las familias, y en ciertas condiciones sus manifestaciones se transforman y se excitan recíprocamente».

A pesar de la gran autoridad en neuropatología de los hombres que acabo de citar, reconozco que no puedo compartir su manera de ver, que en el fondo viene a ser equivalente a la teoría de la coincidencia ya refutada. Para explicar las coincidencias y las transformaciones de estos síntomas morbosos, hace falta un fenómeno mórbido fundamental común; es a este estado constitutivo al que nosotros llamamos diátesis y el que, en este caso, es el artritismo. El artritismo es entonces la enfermedad fundamental, la afección, mientras que la histeria es uno de los síndromes que lo manifiestan, de igual modo que los dolores articulares, la endocarditis o el corea.

Junto a las diátesis tuberculosa y artrítica, también puedo mencionar la sífilis y el impaludismo[46] como elementos etiológicos importantes.

Según Fournier, no solamente la sífilis puede estimular o despertar una histeria preexistente o mitigada, sino que puede incluso «crear de la nada y por sí sola la neurosis histérica que anteriormente no existía, se trate de accidentes histéricos con crisis convulsivas, o se trate de un estado de eretismo nervioso, caracterizado por modificaciones de carácter, enervamiento, impresionabilidad, síncopes, sensación de estrangulamiento, de ahogo o de *globus hystericus*[47], o incluso espasmos, convulsiones parciales y temblores pasajeros. Estos fenómenos nerviosos, que traducen un estado

46. Impaludismo: Acción morbosa sobre el hombre y los animales de granja que se atribuyó a la influencia de los terrenos pantanosos antes de descubrirse el *Plasmodium* y su vía de transmisión mediante el mosquito *Anopheles*. También llamado "intoxicación telúrica" por el médico francés Léon COLIN (*Journal Officiel*, 6 nov. 1873, p. 6738, 1ª época.

47. Bolo histérico (N. del T.).

de histeria o de histericismo de la sífilis secundaria, se caracterizan por ser transitorios, es decir, por desaparecer junto con la causa que los ha producido, y de sanar mucho más fácil y rápidamente por medio del tratamiento específico que por medio de todos los antiespasmódicos».

Hemos tomado esta cita de Huchard, quien enlaza este pasaje con una teoría a la que nos es imposible suscribirnos. «En estos casos, dice, no es ciertamente la sífilis la que puede dar lugar por sí sola a todos los accidentes nerviosos; sólo llega a producirlos por una vía indirecta, creando, acentuando aún más en la enferma un estado más o menos anémico al que pueden sumarse y se suman a menudo los excesos, las inquietudes, las emociones, las preocupaciones, a veces incluso la pesadumbre por tener una enfermedad vergonzosa y grave».

¿Por qué buscar tan lejos explicaciones alambicadas de un hecho tan simple y tan general? ¿Por qué negarle a la sífilis el derecho a causar trastornos funcionales nerviosos? ¿Acaso no causa ella también neuralgias? ¿Acaso el éxito del tratamiento no es un poderoso argumento a favor de la naturaleza específica de la histeria?

Este último argumento se aplica también a los casos, como el de Marmisse y sobre todo el de Ricoux, en el que en una enferma de paludismo los accesos histéricos llegaban al tercer tipo y sucumbieron a la quinina.

Por lo demás, sea lo que fuere de esta última enfermedad, los ejemplos de la tuberculosis, del artritismo y de la sífilis, bastan para establecer la doctrina que yo defiendo aquí (y que es una de las ideas directrices de este artículo), a saber, el papel etiológico considerable que desempeñan las enfermedades generales en la generación de la histeria.

Así pues, no insisto más y termino este parágrafo ya demasiado largo con esta frase del trabajo del que soy autor y que he citado más arriba: «Si bien es cierto que no se comprenden las neurosis sin ver sus relaciones mutuas, si bien es indispensable en neuropatología el considerar la *familia neuropática*, hace falta ir más lejos y completar todo ello con la *familia diatésica*, fuera de la cual no podrán verse más que unidades aisladas, dispersas, sin realidad efectiva».

5. Constitución. Climas. Posición social. Educación. Profesiones. Vida sexual. Causas morales. No existe, según Briquet, ninguna *constitución* física específica de los histéricos, ni signos exteriores constantes y predominantes. Me adhiero completamente a este parecer, que sin embargo no es el de todos los autores.

Para Louyer-Villermay «toda mujer histérica es fuerte, pequeña, castaña, pletórica, y parece estar llena de vida y de salud. Es de tez morena y arrebolada, sus ojos son negros y brillantes, su boca es grande, sus dientes son blancos, tiene los labios de un vivo color rojo encarnado, la melena exuberante y color azabache, los órganos sexuales bien desarrollados, y segrega líquido seminal[48] en abundancia».

48. La existencia del semen femenino es otra de las leyendas médicas ligadas a la historia de la histeria. Algunos autores interpretaban así la secreción de las glándulas de Bartolino en los momentos de excitación sexual.

Hammond destaca justamente que Sydenham, Whyte, Copland y otros autores ingleses representan la predisposición histérica con rasgos completamente opuestos. Todo ello depende del país en el que se hacen las observaciones y puede decirse incluso que en el sur de Europa ya se observan histéricas con cualquier tipo de apariencia física.

Concluiremos, por lo tanto, como Briquet y como Hammond: «La enfermedad afecta a las mujeres tal como las encuentra, rubias o morenas, gordas o delgadas, fuertes o débiles, altas o bajas, de cara pálida o arrebolada; la histeria no hace elección y puede alcanzarlas a todas por igual. Algunas mujeres histéricas tienen rasgos faciales delicados y son perspicaces, pero hay otras cuyo rostro tosco y rudo refleja estupidez; hay otras, a su vez, cuyas caras flacas y consumidas nos muestran perfectamente que el tipo griego de la belleza femenina no debe ser considerado como una predisposición a la histeria».

En un primer momento se creyó que este principio no era válido para el hombre y se buscaron en los histéricos varones características que tendiesen a asimilarlos al sexo débil, tanto en lo físico como en lo moral. En efecto, se han encontrado esos signos de feminidad en cierto número de sujetos, pero no es la regla general. De las 218 observaciones que ha reunido, Ratault destaca que la apariencia femenina fue señalada sólo una docena de veces, e incluso varias veces «se dio la calificación de apariencia femenina al simple hecho de tener un mentón sin pelo o cubierto de vello muy fino, o bien al hecho de que le gustasen las muñecas, o el ser alegre, miedoso e indeciso».

Digamos pues como conclusión que no existe una constitución física propia de la histeria, ni en el hombre ni en la mujer.

Sobre la cuestión de los *climas*, encontramos opiniones contradictorias.

Joseph Frank sitúa entre las causas predisponentes los climas cálidos y húmedos, y dice que sus «propias observaciones enseñan que, aun cuando se observen a menudo espasmos en las regiones septentrionales, se las encuentra no obstante con mucha más frecuencia en Italia».

Dubois (de Amiens) cita la opinión de Hoffmann y de Réveillon, los cuales acusan sobre todo a los climas fríos, la de van Swieten y de Bousquillon, que incriminan por el contrario a los climas cálidos, la de Louyer-Villermay, que concilia a todo el mundo invocando los dos extremos de la temperatura, y concluye él mismo que «la hipocondría reina en las regiones templadas y en las regiones frías y húmedas; la histeria, por el contrario, se muestra más bien en los climas cálidos».

Bernutz deja de lado esta cuestión porque para él la histeria «ha sido observada (…) en todos los países, por todas las latitudes (…)». Hammond afirma que la histeria es tan común en el norte como en el sur, y Batault llega a la misma conclusión en lo referido a la histeria masculina. «Mientras que nosotros encontramos, dice, casos bien descritos y de una indiscutible autenticidad en los países escandinavos, disponemos de ejemplos no menos verídicos en Italia, en Grecia y en España».

Digamos como conclusión que, en el estado actual de nuestros conocimientos, la influencia etiológica de los climas parece ser nula. De igual modo sucede en lo que toca a las *razas* y a las *nacionalidades*.

Strümpell defiende que estos dos elementos no son irrelevantes, y que las formas graves de la histeria son mucho más frecuentes en Francia que en Alemania. Pero yo no sé a ciencia cierta dónde podrían encontrarse los datos para una estadística seria que fundamentase o echase abajo esta proposición. ¿La dirección que toman los estudios de los médicos en un país dado no puede acaso bastar para aceptar esta mayor frecuencia que se deduce únicamente por el número de las publicaciones sobre el tema?

Varios autores se ponen de acuerdo en reconocer la frecuencia relativa de esta neurosis en los judíos.

Se debe más bien a razones de educación que a razones de raza y de clima el que la histeria fuera casi desconocida entre los negros de América del Sur, pues Hammond reporta que, desde el momento dejan la esclavitud, esta afección se convierte en algo completamente común entre ellas.

La influencia de la *posición social* vendría a ser nula, según Briquet; la histeria afecta a los pobres igual que a los ricos; con la salvedad de que el nacimiento y la educación en las ciudades predisponen mucho más que la vida en el campo.

No me adhiero a la opinión de Duvernoy cuando dice, en un pasaje citado por Huchard: «Todas las mujeres pueden llegar a ser histéricas, pobres y ricas, pero lo llegan a ser en proporción de las calamidades que sufren y por supuesto las pobres sufren más calamidades que las ricas». La cosa no me parece tan evidente Si, como es preciso hacerlo, se considera no solamente la cantidad, sino también la cualidad de los sufrimientos padecidos por las mujeres, podrá verse que en las clases elevadas la parte que les cae en suerte es por lo menos igual de grande, sobre todo en lo que concierne a las penas morales y nerviosas, que más que ninguna otra inscriben a los sujetos en la lista de los histéricos.

Por lo demás, no se disponen en absoluto de los datos necesarios para una buena estadística, ya que los médicos rurales conocen tal vez peor la histeria, y en todo caso publican menos ejemplos de los que observan. Por otro lado, apenas se publican las observaciones tomadas en las clases elevadas de la sociedad. De modo que, si se reuniesen los casos conocidos, los encontraríamos todos en la categoría de individuos que alimentan nuestros hospitales: los resultados serían pues ficticios.

Digamos como conclusión, por el momento, como hace Batault respecto de la histeria masculina, que la neurosis «está repartida por todos los grados de la escala social y no es privilegio exclusivo de ninguna clase».

Le concedo mucha más importancia, por el contrario, al papel etiológico de la *educación*. La forma que toma la educación tiene una influencia incontestable en el desarrollo de la acción de otras causas, sea porque hace que el sistema nervioso sea demasiado impresionable, sea porque multiplique las ocasiones en las que se da la impresión. Éste es un aspecto capital, ya que es el punto de partida de toda la higiene profiláctica de la neurosis en los hereditarios y los predispuestos.

Joseph Frank acusa a «la educación voluptuosa, ante todo afeminada, con la costumbre adquirida de ver todos los propios deseos inmediatamente satisfechos (cosa que también ha dicho Louyer-Villermay), el amor a uno mismo, la vida lujuriosa, la ociosidad, las noches en vela, el sueño prolongado durante el día (podrán encontrarse pocos hombres

no sujetos a espasmos entre los que trabajan por la noche y duermen durante la mañana hasta el mediodía), los periodos demasiado largos en la cama, la dedicación continua a la poesía y a la música, las lecturas lascivas (…)». Todo ello pertenece a la educación, a su forma o a sus resultados.

Hay varias maneras de formar de manera inadecuada el sistema nervioso de los niños. Una de las formas más peligrosas es hacerles vivir una vida ociosa y frívola, sin habituarles a las impresiones fuertes, sanas y necesarias, y dejándoles apasionarse por las ideas falsas y malsanas de las novelas y del teatro. Otra forma, muy extendida a día de hoy, es el sobreesfuerzo intelectual, la acumulación precipitada y sin medida de montones de conocimientos en una cabeza que no está lo suficientemente madura: ¡cuántos histéricos engendran los nuevos programas de enseñanza, sobre todo cuando los padres hacen relucir sin cesar en la imaginación del niño horizontes de mejora de *status* social indefinida, que se desvanecen con demasiada frecuencia ante el joven, convertido ya en un paria y en un neurótico! Finalmente hay otra forma completamente contrapuesta, pero incorrecta por igual: consiste no solamente en no satisfacer, sino incluso en obstaculizar brutalmente las aspiraciones legítimas de la inteligencia del niño; los malos tratos infringidos en tal caso para ahogar los intentos de rebelión del cerebro son a menudo la ocasión propicia para el desarrollo de la histeria, especialmente en las clases pobres.

La educación, tanto o más que muchos otros aspectos, es sobre todo cuestión de mesura y de equilibrio. No desarrollar ni demasiado ni demasiado poco el conjunto del sistema nervioso, no desarrollar ni demasiado ni demasiado poco cada parte de este sistema nervioso en relación con las demás; atender, para establecer este equilibrio, no a reglas absolutas e igualitarias, por fuerza equivocadas, sino a la observación, realizada con paciencia y acopiada con inteligencia a partir de la naturaleza particular del niño, de la amplitud y de los límites de sus aptitudes, de la capacidad de sus facultades, de la naturaleza de sus aspiraciones predominantes; equipar tanto como sea posible la mente del niño con pensamientos fuertes, estables, que estén por encima de las fluctuaciones de sus propias ideas, y como consecuencia capaces de ser un punto de referencia a lo largo de toda su existencia… He aquí el objetivo ideal que debe perseguir todo educador y que debe procurar con mucho más celo el educador de un aspirante predispuesto a la histeria.

Las *profesiones* parecen no ejercer más que un efecto indirecto sobre el desarrollo de la histeria.

Para empezar, la neurosis se desarrolla las más de las veces en una edad en la que la profesión acaba de empezar a ser desempeñada y apenas ha tenido tiempo de influir en el estado de salud del individuo. Por otra parte, en las mujeres, que se ven afectadas mucho más a menudo, las profesiones desempeñan un papel bastante menos importante que en el hombre. Por lo tanto, en los trabajos sobre la histeria masculina es donde hay que buscar documentos para resolver esta cuestión.

En la memoria más completa sobre este tema, Batault clasifica de la siguiente manera los casos que él ha reunido:

1º.– 20 casos: profesiones liberales (hombres de letras y de ciencia, estudiantes, músicos, negociantes, sacerdotes y monjes);

2º.– 12 casos: oficiales y suboficiales (oficiales de la marina, oficiales del ejército de tierra, capitán de bomberos, sargento mayor, etc.);

3º.– 24 casos: comerciantes, dependientes de comercio, obreros cualificados (dependientes de comercio[49], mecánicos, carpinteros, tipógrafos, ebanistas, pintores de vehículos, pintores-decoradores, de miniaturas, empleados diversos);

4º.– 35 casos: obreros no cualificados (cocineros, panaderos, albañiles, pintores de brocha gorda, carpinteros, herreros, cerrajeros, bomberos, peones, personal doméstico, vendedores ambulantes);

5º.– 5 casos: agricultores, campesinos, jardineros;

6º.– 7 casos: soldados, bomberos, marineros;

7º.– 2 casos: inestabilidad profesional.

Esta tabla muestra claramente que la histeria afecta por doquier y que ninguna profesión predispone directamente a la neurosis.

En cuanto a un efecto indirecto, puede admitirse de diferentes maneras. Así, ciertas profesiones sedentarias actuarán por la privación de ejercicio, el aire viciado, el sobreesfuerzo intelectual y la anemia resultante. Pero es aún más por sus influencias morales como las profesiones actúan sobre el sistema nervioso: la insuficiencia de los salarios, la ambición, las rivalidades, las decepciones, todas las fases de la lucha por la supervivencia, todos los excesivos dramas de la vida, ocasionarán fácilmente el desarrollo de la neurosis, sobre todo cuando el sujeto (cosa que sucede demasiado a menudo) quiere forzar su talento y que sus capacidades intelectuales den más de lo que sana y legítimamente pueden dar.

Otra forma de acción indirecta que resaltar es la influencia de la jubilación. Sea deseada por el sujeto o no, el brusco cese de ocupaciones activas y absorbentes, y la ociosidad que viene a continuación con demasiada frecuencia, hacen que el enfermo se vuelva sobre sí mismo; se examina, se ocupa de sí mismo y puede volverse histérico o hipocondriaco con facilidad. Se trata de la menopausia del hombre.

Este punto de vista, que ya ha sido defendido por diversos autores (Forget y Dubois de Amiens entre otros), exhorta a una higiene profiláctica especial que se resume en una frase: Cuando un individuo aún capacitado para el trabajo experimenta por cualquier razón que se detienen bruscamente las ocupaciones habituales de su profesión, es preciso dar un alimento a su actividad nerviosa, es preciso encontrar una finalidad nueva a la vida de su sistema nervioso, a riesgo de comprobar que se altere por la contemplación de sí mismo y acabe en la neurosis.

Hemos de decir algunas palabras aparte sobre la relevancia etiológica atribuida a la *vida religiosa* y a la *continencia*. Se trata de un tema que ha inflamado los espíritus, tal vez más por motivos ajenos a la medicina que por razones verdaderamente científicas.

49. Repetido en el original.

Por un resto de influencia de las teorías antiguas, se ha considerado durante mucho tiempo a la continencia como una causa frecuente de histeria; los deseos no satisfechos del útero parecían ser el origen de todo y se decía, como Louyer-Villermay, que la tormenta se pasaría pronto si el deseo de la naturaleza quedase satisfecho. Es de esta teoría de donde deriva el prejuicio inveterado que, a los ojos de muchas gentes, todavía hace de la histeria una enfermedad deshonrosa e inconfesable.

Muchos autores, Dubois de Amiens entre otros, ya habían protestado contra esta opinión, pero puede decirse que es a Briquet a quien le debemos una refutación científica y definitiva de estas ideas que él califica de error ridículo.

Ya que no podemos ofrecer toda su argumentación, tomamos de Axenfeld las proposiciones que la resumen:

«Las mujeres viudas no están más expuestas a la histeria que las demás mujeres; contrariamente a las afirmaciones de los autores, la histeria es muy infrecuente pasados los treinta años y muy común antes de esta edad; la histeria aparece en una quinta parte de las enfermas antes de la época de la pubertad, es menos común en las mujeres casadas que en las muchachas solamente en la proporción de siete a nueve; no es más común, ni mucho menos, en las personas que por su condición viven en la continencia, que en las demás; la satisfacción de las necesidades sexuales no supone de ningún modo una protección contra la histeria; es falso que los ataques finalicen frecuentemente con la evacuación de un líquido proveniente de los órganos genitales; no es cierto que, desde el momento en que los órganos genitales han llegado a su desarrollo completo, sea necesario que sus funciones sean puestas en ejercicio, a riesgo de padecer la histeria». Tras haber dilucidado con una gran sagacidad la acción de las causas morales desconocidas, en la mayoría de las circunstancias en las que los autores no han querido admitir más que la falta de placeres sexuales, el autor termina con esta última proposición, o más bien con esta concesión: «Es *posible* que en ciertas circunstancias las necesidades sexuales, natural o artificialmente excitadas, no disponiendo de una satisfacción suficiente, sean una causa de la penosa excitación del encéfalo de la que podrían generarse disposiciones a la histeria, pero, hasta hoy, esta predisposición debe ser admitida más como resultado de inducción que como una consecuencia directa de la observación (…)».

Y más adelante: «Briquet ha analizado con un cuidado extremo la influencia de ciertas profesiones, entre las cuales unas hacen de la continencia un deber, otras permiten la satisfacción de la necesidad genésica, y otras finalmente donde la continencia es en cierto modo algo obligado. El carácter extraordinario de la histeria en las monjas, salvo que se trate de las que se entregan a una oración continua, a las austeridades y a la vida contemplativa, y finalmente la realidad digna de nuestra atención de que la mitad de las prostitutas de profesión detenidas en Saint-Lazare está afectada de histeria, todo ello rebate de la manera más decisiva las afirmaciones de los autores sobre los efectos de la continencia y establece positivamente que los hechos sobre los que han pretendido apoyarlas son completamente falaces, así como que la observación ofrece precisamente resultados completamente opuestos a los que habían sido planteados».

Bernutz vuelve a presentar los mismos argumentos y llega a la misma conclusión: «El conjunto de estos casos desiguales, dice, demuestra de una manera prácticamente indiscutible, aunque indirecta, que la continencia no puede ser considerada realmente una causa predisponente a la histeria. Da más bien la impresión de establecer que los excesos venéreos son una causa de esta enfermedad». Pero también aquí hay que tener en cuenta las incesantes emociones y preocupaciones morales que estos mismos excesos ocasionan constantemente en los sujetos ya muy a menudo nerviosos antes del comienzo de sus atropellos.

Asimismo, según Hammond, la predominancia de la histeria en la mujer «no se le debe atribuir a los placeres sexuales sin satisfacer, ni siquiera a una falta de consumación de las funciones reproductivas, sino más bien a la falta de un objetivo en la vida y a la concentración de los pensamientos y de los sentimientos sobre sí misma, de lo cual es consecuencia casi inevitable. Y sin duda las mujeres solteras y sin hijos que hayan creado para sí un objetivo en la existencia, no están más expuestas a la histeria que las mujeres casadas, si expreso mi opinión sobre el asunto al menos de acuerdo con mi experiencia personal».

Estas reflexiones son completamente acertadas.

Sin duda una mujer condenada al celibato por las circunstancias y a su pesar, que lamenta el no haberse casado y está amargada por esos mismos pesares, tiene posibilidades de verse afectada por la histeria, pero no más que una esposa de un matrimonio mal avenido, casada con quien no es de su agrado y que compara perennemente el ideal soñado con el marido que padece. Por el contrario, la mujer que haya aceptado y deseado el celibato por inspiración de una idea superior, por abnegación, por caridad, por convicción religiosa, y que encuentre por sí misma en esta vida de sacrificio la realización completa de sus aspiraciones y de su vocación, no tendrá más posibilidades de que lo afecte la histeria que una esposa bien avenida que encuentre en su vida en común todos los placeres deseable.

Yo he visto bastantes casos de histeria en monjas, pero si la continencia y la vida religiosa tuvieran la influencia etiológica que se dice, no serían casos aislados sino constantes epidemias de gran histeria lo que se observaría en los conventos, provistos de una buena disposición para el contagio nervioso y la imitación. Cosa que no se da.

Este asunto de la continencia, que, lo repito, despierta un interés más bien ajeno a la medicina, puede servirnos de transición entre el estudio de las profesiones y el estudio de las diversas fases de la *vida sexual*.

Sobre la influencia de la menstruación, Axenfeld resume las ideas de Briquet: «Podemos establecer, tras observar una serie de casos lo suficientemente grande como para formular un principio, que en la mayoría de los casos (cinco de ocho) la histeria es independiente de la menstruación, sea porque el comienzo de la enfermedad tenga lugar antes de la pubertad o tras la menopausia, sea porque, a pesar de la existencia de la histeria, la menstruación siga produciéndose regularmente; sólo en la menor parte de los casos (tres de ocho) sucede que diversos trastornos menstruales precedan a la aparición de la neurosis, o que la primera regla se convierta en la ocasión para su desarrollo; la influencia de la

menstruación se deja sentir con más fuerza entre las edades de los doce y los veinte años que en cualquier otra época; los trastornos menstruales predisponen mucho más a una histeria lenta y gradual que aquélla cuyo comienzo es repentino y marcado por un ataque (Huchard añade en este punto que no obstante existen casos que son la excepción de este principio, más en concreto los que se encuentran en la tesis de Verette sobre la histeria aguda consecuencia de la parada repentina de la menstruación)».

Más adelante, Huchard resume su propia opinión en las tres proposiciones siguientes: «1º) La histeria puede manifestarse mucho tiempo antes de la nubilidad o mucho tiempo después de la menopausia; 2º) no es incompatible con la persistencia de una menstruación regular; 3º) en cierto número de mujeres, la disminución o la interrupción del flujo menstrual crea una predisposición a esta afección determina su primera manifestación. (…) Las observaciones de histeria imputables únicamente a los órganos genitales existen en un número muy pequeño: 30 de entre más de 400 enfermas, según dice Briquet; esta cifra es ciertamente insignificante, pero no hay que borrarla, sin embargo. En lo que concierne a la influencia que ejercen los días de la regla sobre la reaparición de los episodios histéricos, tal influencia es incontestable (…)».

Ya Dubois de Amiens había escrito: «La retirada de la regla no desempeña un papel tan importante como se ha pensado hasta ahora en la aparición de la histeria; a menudo, eso es cierto, muy a menudo, a resultas de una emoción fuerte, la regla se retira de golpe y la histeria aparece, pero esta retirada no ha sido más que un fenómeno mórbido que precede a la enfermedad y no una causa; otras veces simplemente ha coincidido con tal fenómeno, y, cosa destacable, aunque se ha conseguido a menudo restablecer el flujo periódico de la regla, no por ello la histeria ha dejado de estar presente ni sus síntomas han experimentado siquiera la más leve mejora».

Bernutz les confiere más influencia a los trastornos menstruales. «La importancia etiológica de la menstruación y de sus desarreglos, según dice, es tan evidente, que los investigadores que, siguiendo a Charles Lepois, han luchado con más fuerza contra la teoría galeno-hipocrática, a la que este hecho sirvió de fundamento, han insistido sobre este punto igual que los que han aceptado dicha teoría. Han destacado la frecuencia no solamente de los ataques histéricos en el periodo menstrual, el cual viene a ser, si puede decirse así, su momento preferido, sino también la de los casos en los cuales la neurosis sucede tan inmediatamente a una supresión brusca de la regla, que uno se ve obligado a reconocer que en estos hechos existe una relación de causa a efecto, y finalmente la frecuencia de los casos en los que se observa una coincidencia en el tiempo tan marcada entre los trastornos menstruales y la evolución de la histeria, que a uno no le es posible escapar al reconocimiento de una íntima correlación entre los dos fenómenos patológicos. (…) Las circunstancias tan diferentes en las que acabamos de ver cómo la histeria tiene lugar tras diversos trastornos de la menstruación, y en las cuales estos trastornos han sido considerados como la causa — bien predisponente, bien determinante — de la neurosis por parte de los investigadores, que eran los más interesados, debido a la opinión que defendían, en negar este influjo, conducen a atribuir una influencia generatriz bastante considerable a la menstruación y sobre todo a sus alteraciones».

El embarazo o ciertas fases del estado puerperal, según algunos autores, desempeñan en algunos casos el papel de causas, al menos ocasionales. Scanzoni (citado por Jolly) cuenta, de 217 histéricas, 165 (es decir, un 75 por 100) que hayan sido madres, y de éstas un 65 por 100 que hayan dado a luz más de 3 veces. Para Axenfeld, el embarazo sólo supondría una predisposición a la histeria «en razón de las condiciones morales en las que las mujeres se encuentran durante todo el proceso de la gestación».

Pasamos por fin a la cuestión, muy cercana a las precedentes, de la influencia patológica ejercida por las enfermedades del aparato reproductor.

Sobre este asunto hay que cuidarse de exagerar en un sentido o en otro. No puede sostenerse ya hoy día, como hicieron Pujol y la escuela fisiológica, que la histeria admite necesariamente como causa una lesión conocida o desconocida del aparato reproductor, ni siquiera haciendo que desempeñe el ovario el papel protagonista, como pretendían Négrier y Schützenberger, o el plexo simpático abdominal, como quisiera R. dos Santos. Bernutz ha sometido a una crítica severa las observaciones publicadas antes de 1874 que sustentaban este parecer y ha dejado sentado que «la lesión de un órgano genital cualquiera que éste sea no es indispensable para que se desarrolle la histeria, que esta enfermedad puede existir sin que haya afección genital alguna».

Pero no hay que caer en el exceso contrario y negar cualquier relación entre los enfermos de tipo sexual y el desarrollo de la neurosis. La coincidencia es, por el contrario, demasiado frecuente como para que no exista un vínculo.

Algo que hay que resaltar, junto con la mayor parte de los clásicos, es que la histeria está ocasionada más bien por las lesiones relativamente leves del aparato reproductor que por los desórdenes profundos. Se trata, por lo demás, de la ley general de la producción de actos reflejos. Los desplazamientos de la matriz, las obstrucciones y alteraciones del cuello, etc., son señalados mucho más a menudo que el cáncer o los tumores de este órgano. Bastante a menudo (y el control terapéutico es importante en ello) se observa la desaparición de los accidentes neuróticos tratando y curando el trastorno genital.

Nosotros consideraremos, junto con Axenfeld y Huchard, como casos absolutamente excepcionales «los ejemplos de mujeres en los que una metritis o una ovaritis aguda, la introducción de histerómetro, una inyección irritante administrada en la matriz o el esfuerzo del parto han provocado directamente ataques de histeria». En todo caso, no se trata más que de causas ocasionales.

¿Es la excitación artificial de los órganos genitales una causa de histeria? Menos de lo que se cree. No se trata de que sea infrecuente constatar el onanismo en los histéricos, sobre todo en los hombres, pero creo que en ellos es ya más un síntoma de la enfermedad que una causa de la misma. El onanismo también es a menudo, si no un síntoma directo de la neurosis, al menos una consecuencia simultánea de las causas que han producido la histeria. Así, la educación disoluta, la lectura de novelas obscenas, etc., ocasionan el desarrollo de la histeria y del onanismo, sobre todo dentro de ciertas condiciones sociales.

No se dice esto, sin embargo, para negar completa y totalmente el efecto de este factor etiológico; el mismo puede intervenir en algunos casos. Batault ha señalado este vicio en una decena de observaciones.

Demos término a este parágrafo con algunas palabras a propósito de las *causas morales*.

Pueden actuar de dos maneras. Siendo fuertes, repentinas y rápidas (emociones), pueden servir de ocasión para el arranque de un ataque o de la enfermedad; siendo prolongadas y crónicas, pueden desempeñar un papel aún más importante en la evolución completa de la neurosis.

Uno de los histéricos de Batault tiene su primera crisis en el momento en que se ve atacado por dos individuos que se echan sobre él de improviso, de tal modo que uno lo cogió del cuello y el otro del pelo. En otro los primeros ataques aparecieron tras un incidente en el que estuvo a punto de ser asesinado.

Se exagera un poco cuando se dice, como Batault: «¿Quién es el venturoso mortal que nunca ha tenido percances de ningún tipo?» Pero al fin y al cabo hace falta evidentemente que el sistema nerviosos tenga una predisposición.

El mismo autor recuerda el enfermo de Tulpius, que se volvió cataléptico al recibir la noticia del rechazo de la mano de una joven amada, y el capitán de bomberos de Tartivel, que se encontraba mal cuando presenciaba un entierro.

En cuanto a las causas morales crónicas, cuya acción se prolonga y en consecuencia es más poderosa, pueden mencionarse todas las afecciones morales, deprimentes, tristes, penosas. En efecto, una de las causas más frecuentes es la infelicidad dentro del matrimonio, no tanto la disensión completa, total, que lleva más pronto o más tarde a la separación o al divorcio, como la vida en común que se prolonga a través de largos años en medio de tormentos, miserias y pullas incesantes, bien porque uno de los cónyuges se comporte inadecuadamente, bien porque tenga un humor difícil, o muy a menudo porque se vea a sí mismo notablemente inferior al otro en inteligencia, *status* social o cultura intelectual. Las histerias que provienen de estos infiernos son prácticamente imposibles de curar, ya que todo intento de cura cae en saco roto[50], al persistir la causa pese a todos los esfuerzos que se le dediquen.

El efecto patogénico es el mismo, aunque esta desigualdad de inteligencia o de educación sea más aparente que real y resulte más de la perversa y desvergonzada imaginación del neurótico. ¡Cuántas mujeres se consideran incomprendidas, comparan a su marido con el ideal que las novelas habían inspirado en su cerebro de muchacha, crean así una desgracia imaginaria que las atormenta y las vuelve histéricas! Con mucha razón se ha dicho que la causa social de la histeria es «la inferioridad de la realidad respecto al sueño».

A menudo el papel del médico consiste en buscar con celo esta causa moral que en ciertos casos se muestra, pero se oculta en otros y en todo caso las más de las veces no aspira a otra cosa que a ser descubierto. En la muchacha o incluso en la mujer casada, es preciso buscar también dentro del ámbito de las inclinaciones cohibidas, de los deseos irrealizables, etc.

---

50. En francés: «*travail de Pénélope*», aludiendo a la famosa tarea de la mujer de Ulises durante la ausencia de éste en la *Odisea* (N. del T.).

Para terminar, enumeremos, siguiendo a Axenfeld, una serie de otras causas morales: «Los malos tratos, los tormentos, las preocupaciones, las inquietudes, las contrariedades que provienen bien de la vida en común, bien de la familia, bien de las relaciones ilícitas; las inquietudes suscitadas por el trabajo, los reveses de la fortuna, los cambios desfavorables en la posición social; la nostalgia, el hastío, la pena, el temor continuo, las decepciones, los celos; y finalmente los sentimientos de amor reprimidos: tales son, ordenados por frecuencia, los diversos modos de padecimiento moral que Briquet señaló en 130 histéricos, sin haber encontrado un solo caso en el que la predisposición hubiese sido producida por afecciones morales diferentes de las que acaban de ser indicadas».

6. Traumatismos[51]. Los clásicos no inciden en gran medida en el papel etiológico de los traumatismos en la producción de la histeria. Sin embargo, es una cuestión interesante.

Un traumatismo, en un sujeto predispuesto, puede ocasionar un ataque; este ataque puede ser el primero, y en tal caso el traumatismo es la causa determinante de la aparición de la neurosis. Aún con frecuencia, en una persona que ya está bajo el poder de una histeria más o menos latente, los traumatismos ocasionan episodios locales, síntomas de histeria local.

Valude ha publicado recientemente la observación de una enferma en la que la enucleación de un ojo con anestesia ocasionó un estado de histeroepilepsia. Yo he visto asimismo cómo la histeria se manifestaba en una joven con ocasión de una operación de cataratas.

También he observado a una histérica que, tras haberle sido aplicada una inyección hipodérmica en el miembro superior izquierdo, aplicación en la cual rompió la aguja, y aunque ningún fragmento quedó en el brazo, inmediatamente sufrió una contractura en este miembro que duró varios meses. El siguiente ejemplo, tomado de Brodie, es también muy relevante.

«Una mujer joven sufre un pinchazo o un pellizco en un dedo. Poco después se queja de dolores que parten del dedo y se extienden por toda la mano y el antebrazo. Incluso a veces tiene lugar, en consecuencia, una manifestación convulsiva de los músculos del brazo o una contractura de los músculos responsables de la flexión de ese segmento, de modo que el antebrazo queda flexionado al menos durante el día, pues este espasmo cede por lo general durante el sueño».

En estos casos el efecto producido no guarda relación con la intensidad de la causa y no se parece en nada a la que hubiese producido en otra persona. Como dice Brodie, «este tipo de síntoma depende más de la constitución que de la lesión local».

51. Grasset se refiere, lógicamente, a traumatismos físicos, y aunque en su explicación adquiere protagonismo la repercusión psicológica, está a muchísima distancia del concepto freudiano de «trauma psíquico».

En la histeria masculina, el traumatismo parece desempeñar un papel etiológico aún más digno de tener en cuenta que en la mujer. Al menos parece que, en todos los recientes trabajos sobre la histeria del hombre, se ha retomado con muchos avances esta cuestión de la influencia patogénica del traumatismo. Se llega a plantear como principio el hecho de que «los golpes violentos son capaces de producir los síntomas diversos de la histeria en sujetos que, en apariencia, no están predispuestos a ella; y ello ocurre las más de las veces al instante, rápidamente, mientras que las demás causas necesitan acumularse poco a poco para que se llegue al mismo resultado». De modo tal que se diagnostica la histeria traumática en el hombre en cualquier ocasión en que el efecto producido no se corresponde con la causa determinante.

Tal vez haya algo de exageración en esta manera de pensar. Pero resulta de interés resumir los casos y la argumentación de Batault en la tesis que realizó en La Salpêtrière.

El traumatismo violento revela a menudo bruscamente la diátesis nerviosa que había permanecido latente hasta ese momento. De 24 casos en los que el traumatismo se ha señalado, la herencia neuropática se ha definido como ausente 8 veces, presente otras 8 veces, y no ha sido mencionada en los demás.

En los menos predispuestos, el traumatismo ha sido muy violento: caída sobre la propia cabeza, caída desde un tercer piso de una altura de ocho pies[52], golpe de coz propinado por un caballo, cabezazo en la región epigástrica con caída subsiguiente, y explosión cerca del individuo. En los más predispuestos se especifica: caída, accidente ferroviario, mordedura del perro, extracción de un ganglio, evacuación quirúrgica de una erisipela flemonosa mediante 27 incisiones con bisturí, fractura de pierna, caída sobre la cadera seguida de coxalgia histérica.

No debe considerarse a la histeria de origen traumático como una enfermedad especial. Oppenheim y Thomsen han hecho que se plantee este tema apartando de la histeria, con el nombre de anestesia sensorial traumática, las manifestaciones neuróticas desarrolladas después de los accidentes ferroviarios, golpes en la cabeza con barras de hierro o una caída desde una altura de 15 metros. Los americanos ya habían descrito fenómenos del mismo tipo y, relacionándolos con la conmoción medular, los habían llamado «*spinal irritation; railwayspine*». Walton, Batault y toda la Escuela de La Salpêtrière, gracias al estímulo de Charcot, han protestado contra estas formas de pensar y han colocado resueltamente estas neurosis en el grupo de la histeria traumática masculina.

Estos casos plantean por lo demás cuestiones médico-legales muy delicadas, sobre todo acerca de los accidentes ferroviarios y de sus consecuencias. Y sobre este tema, si se tiene el valor de proclamar que es histérico un robusto mecánico ante unos jueces, habrá que explicar adecuadamente lo que es la histeria, a fin de que no se trate de afeminado o de farsante a esta víctima que queda marcada a fuego con el diagnóstico de histérico.

52. Unos 2,6 metros por piso (N. del T.).

El pronóstico será evidentemente menos grave en el diagnóstico de histeria que en el de lesión cerebral orgánica. No obstante, se deben tomar siempre las mayores precauciones, aun tratándose de un diagnóstico de neurosis, a propósito de si es curable o no y sobre la duración de la enfermedad.

Evidentemente, no hay que exagerar estas consideraciones, que son muy importantes, y no sería adecuado ponerse en el camino fácil que conduce a incluir en la histeria traumática todos los casos de conmoción o de contusión del sistema nervioso (central o periférico). Sería una exageración que tal vez no se haya evitado siempre lo bastante. Pero, sin llegar a ese punto, no por ello hay que dejar de tener presente el considerable papel que el traumatismo desempeña a menudo en la etiología de la histeria local o incluso en la etiología general.

Puede encontrarse un resumen muy completo de las importantes investigaciones realizadas en La Salpêtrière sobre el histerotraumatismo, en la tesis de Paul Berbez. Cita los trabajos de Brodie, Russel, Reynolds, Weir Mitchell, Herbert, Page, Oppenheim y Duponchel; la serie de comunicaciones realizadas en la *Société médical des hôpitaux* por Troisier, Joffroy, Féréol, Terrillon y Rendu, así como la tesis de Lober; las memorias o las revisiones de Poupon, Bernhardt, Gilbert Renard, Quinqueton, Bataille, Onimus, Burckhardt, Dreschfeld, Lombroso, y sobre todo las grandes lecciones de Charcot en Salpêtrière. Yo mismo he dedicado recientemente a esta cuestión algunas lecciones clínicas que han sido publicadas en el *Montpellier médical*.

Lo sorprendente de la etiología es la falta de relación entre la intensidad del traumatismo y el resultado neurótico producido; el efecto moral es por lo general muy notable. El sujeto ve cómo se abalanza sobre él un tren de entre 15 y 20 vagones; el golpe puede ser insignificante, pero él ha sido embestido por todo un tren, y el efecto va en proporción a la causa que, desde el punto de vista de la imaginación, es enorme.

Pongamos claramente de relieve, no obstante, la influencia que tiene el traumatismo sobre la localización de los episodios. Si el rayo cae en el hombro derecho, es el miembro superior de ese lado el que queda paralizado. Si el traumatismo afecta a la cabeza, se da casi siempre una hemiplejia, y, añade Berbez, la hemiplejia se produce en el mismo lado en que tuvo lugar la lesión.

Las manifestaciones mórbidas observadas son de tres tipos: parálisis fláccidas, parálisis con contracturas, contracturas dolorosas o artralgias. Volveremos a encontrar más adelante la sintomatología de estas diferentes formas.

7. Intoxicaciones. Ya que en estos últimos tiempos se ha despertado la atención por la relevancia de las causas ocasionales en el desarrollo de la histeria, algunos autores han señalado casos en los que la neurosis había sido provocada por una intoxicación.

Así, hace poco he visto en Necker un enfermo curioso, en el que mi excelente colega Rendu ha diagnosticado episodios histéricos desarrollados a causa de una intoxicación mercurial.

Ya Potin y otros le habían atribuido el mismo influjo a la intoxicación saturnina.

Se abre un nuevo capítulo sobre fenómenos neurotóxicos o histerotóxicos. Será posible clasificar en él hechos interesantes, a condición de no exagerar, a pesar de todo, y de no considerar necesariamente histéricos a todos los enfermos cuyas reacciones nerviosas con respecto al veneno no estén en relación con la intensidad de la causa y las lesiones anatómicas constatadas.

Yo he visto igualmente un soldado en el que, a consecuencia de una blenorragia, se había desarrollado una coxalgia histérica, y otro en el que una escarlatina supuso la señal de la brusca aparición de la histeria. ¿Es este el primer párrafo de otro capítulo que podría abarcar las histerias locales de origen infeccioso o vírico? Tal cosa no supondría ninguna contradicción con las doctrinas actualmente aceptadas sobre la patogenia general de las histerias locales.

8. Imitación. Contagio. Epidemias. Todo el mundo conoce los acontecimientos de Harlem, relatados por Boerhaave. Bailly cuenta que un día de primera comunión, en la iglesia de Saint-Roch, una niña sufrió de golpe convulsiones histéricas durante la misa; en el espacio de media hora, de 50 a 60 mujeres tuvieron convulsiones semejantes.

Todos los autores han señalado la influencia de la imitación en la aparición de los ataques de histeria; se trata de una especie de contagio nervioso, que ofrece una explicación a las llamadas epidemias de esta neurosis.

Asistir a un ataque de histeria puede provocar otro similar en una neurótica que hasta entonces no había presentado esta manifestación. Y lo que ahí se da no es sólo la emoción, la conmoción moral, provocadas por la contemplación de un espectáculo dramático: existe a menudo una auténtica imitación, ya que el ataque causado reproduce varios rasgos del ataque causante.

«Sobre este tema, sienta con gran acierto Huchard, tenemos que recalcar que la reunión de varias histéricas en la misma sala de hospital o en el mismo hospital es algo inconveniente, pues la histeria llama a la histeria, y es evidente que esas enfermas agrupadas de tal modo se alimentan constantemente de las causas excitantes, no solamente por la contemplación de ataques convulsivos que siempre están dispuestas a imitar, sino también por los repetidos exámenes por los que se les hace pasar, por el interés o el asombro que parecen inspirar unas en otras, o por la envidia que sienten unas de otras. En esto precisamente hay una noción importantísima de la que deben tomar nota la terapéutica y la profiláctica de esta afección. Si las enfermedades nerviosas y la histeria se han extendido tanto en estos últimos tiempos, es porque se ha hablado mucho de ella, es porque incluso se ha iniciado al gran público en todas estas cuestiones, sin sospechar que así se alimentaba el auge de estas afecciones; también se debe a que, con demasiada frecuencia, a las histéricas en potencia o en estado latente se las deja vivir y moverse en el ambiente nervioso de una familia en la que estallan tan fácilmente los temporales convulsivos de la neurosis».

Volveremos a encontrar una aplicación para estos sabios principios en el capítulo del tratamiento.

No podemos hablar aquí de las diversas epidemias de histeria que han sido observadas desde el medievo hasta nuestros días. Podrán encontrarse detalles muy interesantes sobre este tema en el libro de Richer, que estudia todas las epidemias, desde los poseídos de Alemania (1550) hasta los poseídos de Plédran y de Jaca (1881).

Resumen y doctrina etiológica. No pretendo en modo alguno haber enumerado todas las causas de la histeria; se trata de una simple revisión de las principales, para dar una idea del conjunto. Haría falta ahora clasificarlas y jerarquizarlas, pues ni mucho menos tienen todas ellas la misma importancia, y pueden sumarse en la producción de la neurosis, la cual aparece como una consecuencia común.

Estos factores etiológicos pueden ser divididos en tres categorías: las causas predisponentes, las causas fundamentales y las causas ocasionales, sin dejar de recordar que la sumisión de una causa a cualquiera de estas categorías no tiene un valor absoluto y que cada uno de estos factores, dependiendo de los casos, puede inscribirse en uno u otro de estos tipos.

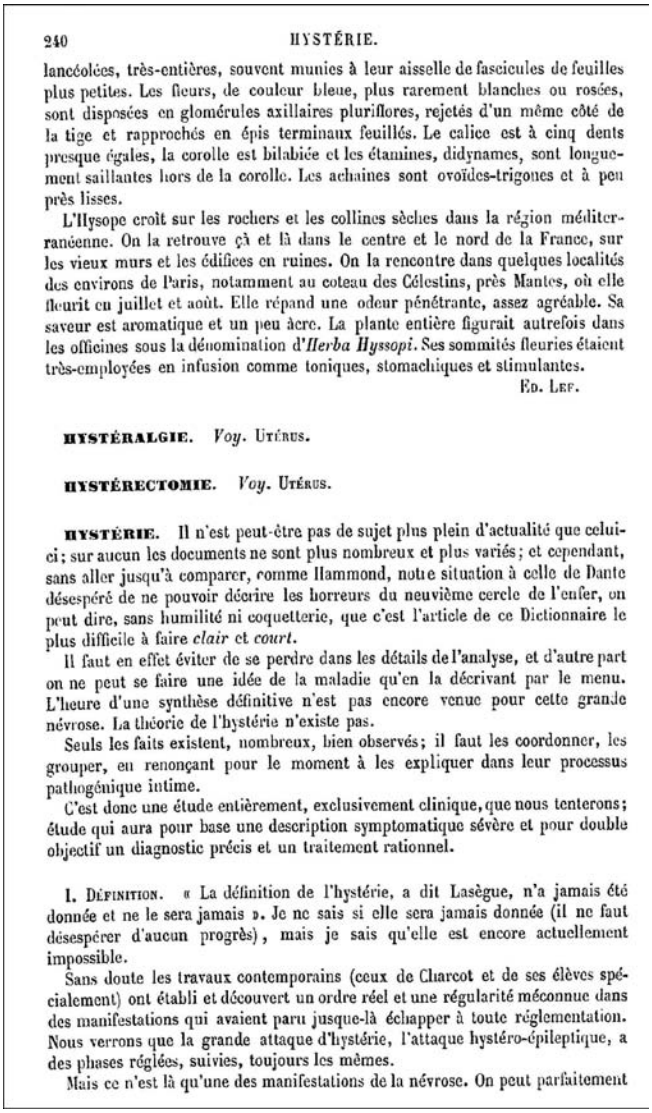
La edad y el sexo me parece que constituyen el orden de las causas simplemente predisponentes; nunca suponen algo más. Un sujeto no contrae la histeria sólo por el hecho de pertenecer al sexo femenino. Pero esta cualidad lo predispone a sufrir un efecto más intenso de las demás causas de la neurosis.

Las verdaderas causas fundamentales son la herencia y las enfermedades generales. Puede decirse que muy habitualmente la histeria es la consecuencia de la suma de estas dos causas; las más de las veces se encuentran en el histérico una diátesis y cierta herencia neuropática.

A continuación vienen las causas que, dependiendo de los casos, son causas fundamentales u ocasionales, es decir, cuyo coeficiente de acción es variable dependiendo de las circunstancias. Estas son la posición social, la educación, la profesión, la vida sexual y las causas morales. Según su intensidad, darán ímpetu a la enfermedad ya completamente dispuesta y latente, o la crearán desde el principio y por completo sobre un terreno que no es refractario a ello.

Finalmente, ciertas causas son casi siempre ocasionales, es decir, que no dan principio a la enfermedad a no ser que todo esté ya dispuesto gracias a una serie de otros factores etiológicos: de este tipo son los traumatismos y la imitación.

Por lo tanto, para la histeria no se puede mantener ya la antigua clasificación de las neurosis en sintomática, simpática e idiopática. La histeria es siempre sintomática de una enfermedad general o de una enfermedad local. A menudo el estado general que manifiesta la histeria no se le puede atribuir a una única causa, sino que depende de la suma de una serie de factores cuya importancia relativa y cuya jerarquía patogénica varían, además, según los casos.



240 HYSTÉRIE.

lancéolées, très-entières, souvent munies à leur aisselle de fascicules de feuilles plus petites. Les fleurs, de couleur bleue, plus rarement blanches ou rosées, sont disposées en glomérules axillaires pluriflores, rejetés d'un même côté de la tige et rapprochés en épis terminaux feuillés. Le calice est à cinq dents presque égales, la corolle est bilabiée et les étamines, didynames, sont longuement saillantes hors de la corolle. Les achaines sont ovoïdes-trigones et à peu près lisses.

L'Hysope croît sur les rochers et les collines sèches dans la région méditerranéenne. On la retrouve çà et là dans le centre et le nord de la France, sur les vieux murs et les édifices en ruines. On la rencontre dans quelques localités des environs de Paris, notamment au coteau des Célestins, près Mantes, où elle fleurit en juillet et août. Elle répand une odeur pénétrante, assez agréable. Sa saveur est aromatique et un peu âcre. La plante entière figurait autrefois dans les officines sous la dénomination d'*Herba Hyssopi*. Ses sommités fleuries étaient très-employées en infusion comme toniques, stomachiques et stimulantes.

ED. LEF.

HYSTÉRALGIE. *Voy.* UTÉRUS.

HYSTÉRECTOMIE. *Voy.* UTÉRUS.

HYSTÉRIE. Il n'est peut-être pas de sujet plus plein d'actualité que celui-ci; sur aucun les documents ne sont plus nombreux et plus variés; et cependant, sans aller jusqu'à comparer, comme Hammond, notre situation à celle de Dante désespéré de ne pouvoir décrire les horreurs du neuvième cercle de l'enfer, on peut dire, sans humilité ni coquetterie, que c'est l'article de ce Dictionnaire le plus difficile à faire *clair* et *court*.

Il faut en effet éviter de se perdre dans les détails de l'analyse, et d'autre part on ne peut se faire une idée de la maladie qu'en la décrivant par le menu. L'heure d'une synthèse définitive n'est pas encore venue pour cette grande névrose. La théorie de l'hystérie n'existe pas.

Seuls les faits existent, nombreux, bien observés; il faut les coordonner, les grouper, en renonçant pour le moment à les expliquer dans leur processus pathogénique intime.

C'est donc une étude entièrement, exclusivement clinique, que nous tenterons; étude qui aura pour base une description symptomatique sévère et pour double objectif un diagnostic précis et un traitement rationnel.

I. DÉFINITION. « La définition de l'hystérie, a dit Lasègue, n'a jamais été donnée et ne le sera jamais ». Je ne sais si elle sera jamais donnée (il ne faut désespérer d'aucun progrès), mais je sais qu'elle est encore actuellement impossible.

Sans doute les travaux contemporains (ceux de Charcot et de ses élèves spécialement) ont établi et découvert un ordre réel et une régularité méconnue dans des manifestations qui avaient paru jusque-là échapper à toute réglementation. Nous verrons que la grande attaque d'hystérie, l'attaque hystéro-épileptique, a des phases réglées, suivies, toujours les mêmes.

Mais ce n'est là qu'une des manifestations de la névrose. On peut parfaitement

Reproducción de la página del *Diccionario...* de Dechambre donde comienza el artículo «Histeria» de Grasset.

IV. SINTOMATOLOGÍA. La descripción sintomatológica de la histeria presenta enormes dificultades. Cada caso puede revestir una apariencia propia y específica. Sin embargo, existen rasgos comunes bastante estables sobre los que habremos de insistir.

El comienzo de la enfermedad, según Briquet, tendría lugar conforme a una de estas tres formas: 1º) cuando la histeria se desarrolla en un sujeto joven, el niño se vuelve impresionable, irritable; a la menor emoción experimenta asfixia, sofocación, rompe en

sollozos; tienen palpitaciones, agitación y temblores. Más tarde sobrevienen las migrañas y la cefalalgia; el apetito se vuelve caprichoso y la digestión difícil. Los fenómenos dolorosos se acentúan en el epigastrio, entre los hombros/omoplatos, etc.; 2º) el comienzo también puede ser progresivo en la mujer adulta. Se observan entonces síntomas variados en la cabeza y el vientre, que se transforman poco a poco en auténticos fenómenos histéricos; 3º) finalmente, en más o menos la tercera parte de los casos, los pródromos están completamente ausentes y el comienzo tiene lugar por medio de un ataque histérico, con convulsiones y pérdida de conocimiento.

Para someter los síntomas de la histeria a un estudio analítico completo, los dividiremos en dos categorías: 1º) los fenómenos paroxísticos, es decir, las diferentes variedades de ataques; 2º) los fenómenos estáticos, es decir, los diversos síntomas localizados y persistentes que pueden observarse en la motilidad, la sensibilidad, la circulación, las secreciones, la nutrición y la vida psíquica.

1. Diferentes variedades de ataques (fenómenos paroxísticos). El ataque es el fenómeno capital de la histeria, como síntoma y como valor diagnóstico, pero no es el signo más frecuente de esta neurosis.

No hay que creer, en efecto, que todas las histerias se manifiestan por medio de ataques. Ni mucho menos: Briquet, basándose en 430 observaciones, formula como principio que la mitad de las mujeres afectadas por esta neurosis no tiene ataques. Y ello es cierto sobre todo para las mujeres de la alta sociedad, que las más de las veces presentan una histeria no convulsiva.

El ataque puede ser un fenómeno del comienzo; de no ser así, aparece en el primer año o como mucho en el segundo. Estos datos son no obstante aproximativos, pues el comienzo es difícil de precisar en las mujeres nerviosas.

A veces aparece sin causa identificable. En otros casos, tiene como origen un estímulo sensible cualquiera, en particular en los órganos genitales: tacto vaginal, examen, presión realizada sobre el vientre, etc. La mayoría de las veces se produce ante una impresión psíquica: el tomar conciencia de estar siendo observada, el deseo de llamar la atención, el ver cómo varias personas la observan y la interrogan, emociones intensas, pena o alegría, ira, etc. La época de la menstruación, o presenciar un ataque de otra persona, provocarán igualmente convulsiones.

Puede desarrollarse también como consecuencia de una estimulación artificial, sea por hipnotismo (cf. la entrada correspondiente a esta palabra), sea por la presión ejercida en las zonas histerógenas, de las que hablaremos más adelante.

Para poner un poco de orden en esta difícil descripción, veremos sucesivamente: A) el gran ataque completo y de características constantes, o ataque de La Salpêtrière, *hysteria major*; B) los ataques incompletos y de características menos constantes que constituyen la histeria común, *hysteria minor*; C) las demás variedades de ataques: sincopal, de espasmos, epileptoides, demoniacos, de clownismo, de postura pasional (éxtasis), de delirio, de contracturas, de sueño, de catalepsia. Finalizaremos este parágrafo con el estudio comparativo de estas diferentes variedades entre sí y con el gran ataque, así como

con algunas consideraciones generales sobre la histeria que cursa con ataques, sobre las manifestaciones paroxísticas de la histeria.

A. *Gran ataque completo o ataque de La Salpêtrière*. Proponemos llamar ataque de La Salpêtrière al gran ataque completo y regular de *hysteria major*, tal cual ha sido estudiada, y de forma magistral, por Charcot y sus alumnos; nosotros vamos a describirla siguiendo paso por paso el libro de Richer[53].

a. *Pródromos*. Estos pródromos pueden darse en todos los grandes sistemas. Richer los divide en trastornos psíquicos y alucinaciones, trastornos de las funciones orgánicas, trastornos de la motilidad y trastornos de la sensibilidad.

En los trastornos *psíquicos* (que son los primeros en aparecer), se observan sobre todo cambios de carácter y de costumbres; la enferma descuida sus ocupaciones habituales para dedicarse a otras, falta a misa, todo la impresiona, pasa a un estado de tristeza o de alegría exagerada, se comporta como una niña, alborota, busca discusiones, daña o rompe objetos, se agita y canta, salta, se queja. En medio de este estado, atravesado por algunos accesos epileptoides ligeros o algunas contracturas pasajeras, aparecen a menudo alucinaciones.

Estas alucinaciones afectan a la vista o al oído. La enferma ve animales o escenas más o menos elaboradas, oye voces, conversaciones. El órgano afectado guarda cierta relación con el lado de la hemianestesia (Charcot); los animales caminan siempre en la misma dirección, las voces son percibidas por el mismo oído; el origen de la alucinación está siempre en el lado anestesiado. El tacto también puede ser la sede de estas sensaciones anormales. Por último, se localizan a menudo en el aparato genital.

Como trastornos de las funciones orgánicas, señalemos en primer lugar, en lo referido al tubo digestivo, anorexia, alteraciones del gusto, dispepsia, náuseas, el bolo o sofocación histérica (espasmo de la garganta conocido por todos y sobre el que habremos de volver), por último borborigmos y timpanitis.

En cuanto a las secreciones, se observa poliuria clara e incolora («orinas nerviosas»), ptialismo[54], en otras ocasionas incluso reflujos de líquido que suben del estómago a la boca.

En el terreno de la respiración, se observan en ciertos casos opresión, espasmo de la laringe, risa, bostezos, tos espasmódica, afonía o sonidos animales.

Las palpitaciones son frecuentes, a menudo intensas y generalizadas; los trastornos vasomotores se acentúan con sensaciones de calor acompañado de enrojecimiento o de frío con palidez de los tejidos anejos (Rosenthal, Gaube): esta es la prueba de que el sistema circulatorio está implicado.

---

53. Suponemos que se refiere a los *Estudios clínicos sobre la gran histeria o histeroepilepsia*, que como ya se dijo fue el libro más significativo la escuela de Charcot en La Salpêtrière (Original: Paul RICHER, *Études cliniques sur la grande hystérie ou hystéro-epilepsie*, París, Delahaye et Lecrosnier, 1885).

54. Ptialismo: secreción de saliva por encima de lo normal. Hoy se usa más 'sialorrea'.

Desde el punto de vista de la *motilidad*, la amiostenia[55], en caso de que exista ya como estigma fijo acompañando a la anestesia, aumenta ante la cercanía del ataque. También se observan temblor, sacudidas (semejantes a las que produce una descarga eléctrica) o conmociones epileptoides más o menos generalizadas, contracturas (variables de una enferma a otra, pero siempre iguales en la misma enferma), pequeños accesos epileptoides «que son como un jirón colgante del gran ataque» que pronto va a producirse.

La anestesia, que es estigma frecuente de la neurosis, aumenta o aparece como pródromo *sensitivo* de la crisis; o bien se trata de hiperestesia limitada a ciertas zonas nerviosas. Sin volver a las alucinaciones ya indicadas, señalemos que la sensibilidad especial sigue casi paso por paso a la sensibilidad general.

b. *Aura histérica*. Los pródromos anteriores persisten durante un número de días variable antes del ataque; los que constituyen el aura preceden inmediatamente a la crisis y marcan su comienzo.

El origen habitual del aura se encuentra en la región ovárica. Volveremos a hablar de esta *ovaria*[56], que es un dolor más o menos intenso en un punto determinado por la intersección de la línea horizontal de las espinas iliacas inferiores y las superiores y las líneas perpendiculares que limitan lateralmente el epigastrio. El dolor puede ser muy intenso espontáneamente, llegando al punto de parecer una peritonitis, o bien sólo existe ante la presión. En tal caso la piel está anestesiada a esa altura, los músculos no están doloridos. Charcot interpreta que el propio ovario es el punto de partida y la sede del dolor.

Féré ha confirmado esta teoría mediante observaciones interesantes en histéricas que se han quedado embarazadas. Ha podido constatar dos veces, durante el embarazo, un desplazamiento de los puntos dolorosos (llamados ováricos), que experimentaban un movimiento ascendente proporcional al desarrollo del útero grávido, y en esos mismos casos ha podido constatar tras el parto el descenso de esos mismos puntos dolorosos, también proporcional a la involución uterina. En esos diversos momentos, los puntos dolorosos mantenían una posición que es precisamente la que ocupa el ovario al final del embarazo, tras el parto y durante el estado de vacuidad.

«La exploración profunda de la zona, dice el profesor de La Salpêtrière, hace que se identifique fácilmente la porción de la apertura superior de la pelvis que describe una curva de concavidad interna: esto constituye un punto de referencia. En torno a la mitad de esta cresta rígida la mano encuentra la mayoría de las veces un cuerpo ovoide, alargado transversalmente y que, al ser presionado contra la pared ósea, cede. Cuando este cuerpo está tumefacto, tal como ocurre muchas veces, puede presentar el volumen aparente de una aceituna, de un huevo pequeño. Pero, con un poco de costumbre, su presencia puede ser constatada fácilmente, aun en el caso de que esté muy por debajo de las dimensiones señaladas».

55. Amiostenia: falta o disminución de la fuerza muscular.

56. *Ovaria*: latinismo actualmente en desuso y sustituido por 'ovarialgia' u 'ooforalgia', es decir, dolor de ovarios.

La presión sobre esta región ocasiona de forma experimental todas las manifestaciones del aura habitual. Con el dolor local se provocan irradiaciones dolorosas sobre la cavidad epigástrica (primer nudo de Piorry), algunas veces con náuseas y vómitos, después se dan palpitaciones, con una frecuencia máxima igual al pulso, y finalmente se desarrolla en el cuello una sensación de bolo histérico (segundo nudo). Charcot añade a la serie ciertos trastornos cefálicos que completan la escena. Se trata, por ejemplo, de pitidos en los oídos (del lado del ovario presionado), martilleos en la región temporal del mismo lado, a continuación la vista se nubla, también del mismo lado. Si se insiste en la presión, el sujeto pierde la conciencia y el ataque convulsivo sobreviene.

c. *Zonas histerógenas*. La región ovárica, por lo tanto, constituye el modelo de las zonas histerógenas.

En sus estudios experimentales sobre la epilepsia, Brown-Séquard ha mostrado que en los animales que se han vuelto epilépticos por diversas lesiones del sistema nervioso, se pueden provocar ataques excitando una zona epileptógena, situada en el mismo lado que la lesión nerviosa y que toma asiento cerca del ángulo de la mandíbula inferior, extendiéndose hacia el ojo y la región lateral del cuello.

Otras zonas histerógenas análogas han sido señaladas en primer lugar por Willing y Turk (apófisis espinosas), Charcot y Schützenberger (ovario, epigastrio), Rosenthal (cuello del útero), así como Baillif (apéndice xifoides).

Richer ha estudiado con suma atención estas zonas histerógenas. Constituyen, en el intervalo que media entre las crisis, la sede de dolores espontáneos comparables a la *ovaria* y que se acentúan hacia el comienzo del ataque (aura). Son medianas, bilaterales simétricas o unilaterales (sin relación con el lado de la hemianestesia).

Pitres y Gaube han completado estas investigaciones; han encontrado en los miembros esas zonas que Richer sólo había encontrado en el tronco, pero no parece que las haya en los miembros sin que también se los encuentre en el tronco o la cabeza. Estas zonas de los miembros se asientan casi siempre en el punto de unión de los diferentes segmentos o en su cercanía inmediata. En el brazo, se sitúan en el pliegue del codo; en los miembros inferiores, en el pliegue de la ingle, el hueco poplíteo, los maléolos, y normalmente en el sentido de la flexión. La presión sobre un tronco nervioso cuyas ramificaciones se difunden a una zona, provoca el ataque al igual que la presión sobre la propia zona. La glándula mamaria sería también en ciertos casos la sede de una zona histerógena profunda, visceral, independiente de la piel que la recubre.

En suma, Richer saca en conclusión de sus investigaciones y de las de Gaube, que esas zonas tienen una sede variable de una enferma a otra, pero constante en el mismo sujeto. Se sitúan en el tronco o en los miembros; son más frecuentes en la cara anterior que en la posterior; en la cara anterior se sitúan en las partes laterales y, las más de las veces, son dobles y simétricas; en la cara posterior son casi siempre únicas y medianas; finalmente, existen con más frecuencia en el lado izquierdo que en el derecho, y las zonas unilaterales están siempre situadas a la izquierda. Estas zonas se reducen o desaparecen

después de los ataques para volver a su máxima intensidad en el momento inmediatamente anterior al comienzo de la crisis. Diferentes circunstancias las hacen variar (emoción intensa, anemia local por ligadura circular o venda de Esmarch, sinapismo[57], inyecciones subcutáneas de agua fría, electrificación local, continua o interrumpida, metales y madera, éter, corrientes medulares y cerebrales).

Una presión leve ejercida sobre estas zonas, al igual que sobre la región ovárica, provoca el aura y la crisis, y una presión fuerte, por el contrario, detiene el ataque convulsivo cuando ya ha comenzado. Además (también según Richer, y yo mismo lo he observado), cuando una enferma posee varias zonas histerógenas, el ataque provocado por la presión sobre una de ellas puede ser detenido mediante la presión sobre otra.

En un trabajo más reciente, Pitres divide las zonas histerógenas, desde el punto de vista de su lugar anatómico de asiento, en zonas cutáneas, subcutáneas y viscerales.

«1º) Las zonas cutáneas, las menos frecuentes de todas, son aquellas cuya actividad puede provocarse mediante estimulaciones superficiales de la piel: contacto con el dedo, con un pincel de acuarela, algunas gotas de agua fría o caliente, la radiación de un cuerpo en ignición, la pulverización de algunas gotas de éter. Las zonas cutáneas tienen su fundamento en las prolongaciones nerviosas terminales de la piel. Es curioso comprobar a este respecto que pueden encontrarse en regiones cutáneas que están completamente anestesiadas. 2º) Las zonas subcutáneas, que son más comunes, no se activan ante las estimulaciones enumerados anteriormente: no tienen su sede, por lo tanto, en la piel ni en los músculos y tendones, ya que en cierto número de casos es posible presionar lateralmente las masas musculares que atraviesan las regiones histerógenas o tetanizarlas mediante corrientes farádicas intensas sin provocar las convulsiones. Es probable que el origen esté en los troncos nerviosos, pues también se puede provocar el ataque mediante la presión enérgica sobre los troncos nerviosos que llegan a la zona subcutánea, en todos los puntos en los que son accesibles a lo largo del camino que recorren entre la médula espinal y la zona en concreto. 3º) Las zonas viscerales tienen por sede el parénquima del órgano, como sucede en el caso de la glándula mamaria o del ovario. En lo que concierne a la mama, se confirma mostrando que la excitación enérgica de la piel que recubre el seno no produce ninguna reacción y que la presión sobre la glándula provoca el ataque». Ya hemos ofrecido los argumentos en lo que toca al ovario. «Sin embargo, continúa Briquet analizando ese trabajo, el señor Pitres piensa que puede haber zonas ováricas y mamarias subcutáneas, pues en ciertas enfermas en las que se presentan estas zonas se da la eventualidad de que se detenga el ataque pellizcando un pliegue de la piel que recubre el seno, sin presionar la glándula, o un pliegue de la piel del costado, sin presionar profundamente el abdomen».

d. *Primer periodo del ataque: periodo epileptoide*. El primer periodo parece un ataque de epilepsia (veremos no obstante que hay importantes síntomas de diferenciación). Ahora

57. Sinapismo: cataplasma. Toma su nombre de las plantas del género *Sinapis*, de donde se obtiene la mostaza negra, usada antiguamente en las cataplasmas.

bien, el auténtico ataque de epilepsia puede dividirse en tres fases: 1º) tetanización brusca de los músculos de todo el cuerpo, espasmos viscerales y pérdida de conocimiento; 2º) convulsión clónica de los músculos tetanizados; 3º) resolución general y estertor.

De igual modo, el periodo epileptoide presenta tres fases: una fase tónica, una fase clónica y una fase de resolución; además, suele darse hacia el comienzo, antes de la fase tónica, una especie de fase premonitoria o inicial. Richer (cuya descripción seguimos resumiendo) ha estudiado con gran exactitud estas fases e incluso, junto con Regnard, ha llegado a registrarlas de una manera sobrecogedora mediante el cilindro de Marey[58].

La *fase premonitoria*, cuando se da, está marcada por trastornos motores distintos de los fenómenos dolorosos del aura. Se trata de «sacudidas generales que provocan el movimiento de todo el cuerpo o bien afectan más en concreto un lado del mismo, o bien incluso se localizan en los miembros superiores»; en un principio separadas en el tiempo, se aproximan cada vez más unas de otras. La enferma aún no ha perdido el conocimiento, pero su conciencia se oscurece.

El ataque, por el contrario, puede comenzar bruscamente; en tal caso, esta fase premonitoria no existe. Es lo que se produce precisamente en las crisis provocadas por presión en una zona histerógena.

A continuación tiene lugar la *pérdida de conocimiento*, que marca el comienzo de la fase tónica al mismo tiempo que la *retención de la respiración*. Esta pérdida de conocimiento no va acompañada de gritos como en el ataque de epilepsia. A partir de este momento, la enferma ya no tiene conciencia ni guarda tampoco en la memoria nada de lo que ocurre a su alrededor; está aislada del mundo exterior.

La *fase tónica* se subdivide en dos partes: la fase tónica con movimiento y la fase tónica con inmovilidad tetánica o tetanismo, es decir, que los músculos no llegan inmediatamente a la inmovilidad tetánica.

En la primera parte, los movimientos «tienen como características una cierta lentitud, puesto que son llevados a cabo por partes del cuerpo en las cuales todos sus músculos están ya contraídos en un grado bastante alto; además, son amplios, producen un desplazamiento del miembro en su totalidad; la mayoría de las veces son movimientos de circunducción[59] (…). La cabeza se tensa, se echa lentamente hacia atrás, dejando que sobresalga el cuello, que está abultado, o bien se mantiene rectilínea, algo echada hacia delante y hundiéndose entre los dos hombros, que se elevan». Los ojos se agitan, la boca se abre desmesuradamente, muchas veces la lengua se proyecta hacia delante y se mueve de un lado a otro; o bien las mandíbulas quedan apretadas en trismo; o bien incluso hay rechinar de dientes; ¡la cara entera está deformada en una mueca! La detención de la respiración es casi completa, interrumpida sólo de tiempo en tiempo por rápidas pero profundas inspiraciones. En lo que concierne a los miembros, he aquí un tipo de movimiento de circunducción en los superiores: «en primer lugar un movimiento de pronación

58. Étienne-Jules MAREY (1830-1904), fisiólogo francés, precursor de la fotografía y el cine modernos; inventó la cronofotografía y el fusil fotográfico (N. del T.).

59. Circunducción: movimientos circulares.

con flexión de muñeca; el pulgar, situado contra la palma de la mano, queda más o menos cubierto por los dedos, flexionados con fuerza; a continuación los brazos se elevan, después se flexiona el codo, llevando la mano a la altura de la cara, y el miembro entero retoma su posición original, extendido a lo largo del cuerpo, anunciando ya el movimiento de pronación. Estos movimientos se repiten tres o cuatro veces seguidas».

Esta importante fase parece ser algo propio del ataque histeroepiléptico.

Más tarde los músculos pasan a una absoluta inmovilización en el tetanismo completo. La posición típica es entonces la del estiramiento en decúbito dorsal. «La cabeza está echada hacia atrás, el cuello abultado al máximo, las venas se marcan en él como cuerdas. Se puede apreciar en él una fuerte cianosis, así como el hecho de que la cara se ha hinchado y que sus rasgos sufren contractura e inmovilización. Sale espuma por la boca. Los brazos están extendidos en aducción y rotación hacia fuera, flexionada la muñeca y el puño cerrado; a veces las dos manos, que se han movido hasta la mitad del cuerpo, se tocan por el dorso y hasta se cruzan. Los miembros inferiores están igualmente extendidos, las rodillas fuertemente apretadas una contra otra, y los pies equinos girados hacia dentro o hacia fuera. El tronco, rígido como una barra de hierro, reposa sobre la espalda o sobre uno de los costados; queda frecuentemente curvado hacia atrás como en opistótonos».

En otros casos menos frecuentes, la inmovilidad se produce en una posición más o menos extraña que recuerda a las contorsiones del periodo siguiente; pero dos cosas caracterizan invariablemente este periodo epileptoide en sus diversas fases y lo distinguen del siguiente: la pérdida de conocimiento y el espasmo de la respiración.

Féré ha mostrado que desde el comienzo de la fase tónica, la pupila se contrae rápidamente y permanece contraída a lo largo toda esta fase. Por el contrario, desde el momento en que los movimientos clónicos se producen, se dilata ampliamente y permanece dilatada durante todo el periodo epileptoide. Añadamos, para decirlo todo de una vez, que, según el mismo autor, esta dilatación pupilar se encuentra también en todo el periodo de los movimientos exagerados y contorsiones, y que durante el periodo de las posturas pasionales y el del delirio se observa en el diámetro de la pupila oscilaciones notables que parecen relacionadas con las diversas acomodaciones que las diferentes alucinaciones le imponen sucesivamente al sujeto.

La fase clónica comienza con rápidas y breves oscilaciones de los miembros tetanizados. «Los movimientos clónicos están generalizados; afectan a todo el cuerpo, los rasgos de la cara se agitan convulsivamente, la cabeza está sacudida por oscilaciones rápidas al igual que los miembros. Pero las más de las veces predominan o incluso pueden manifestarse exclusivamente en un solo lado del cuerpo». El cuerpo, que al principio presenta la posición de la fase tónica, va cediendo poco a poco según se acerca a la resolución.

«A la vez, la respiración, que había quedado retenida, vuelve a fluir con dificultad»; se vuelve desordenada, se da hipo, movimientos de respiración que provocan silbidos, que están entrecortados.

«Sin embargo, la calma se va estableciendo poco a poco, alterada tan sólo por las grandes sacudidas de las que hemos hablado, que predominan habitualmente en los miembros superiores o de un solo lado del cuerpo. La cabeza también toma parte en estos movi-

mientos, para los cuales no podríamos encontrar mejor término de comparación que los que son producidos por una descarga eléctrica. Pero, al principio muy cercanas entre sí en el tiempo, las sacudidas se van distanciando cada vez más para dejar lugar al relajamiento muscular completo, que constituye la tercera fase del periodo epileptoide».

En esta última *fase de resolución muscular* «el cuerpo se encuentra en decúbito dorsal; la cabeza se hunde la mayoría de las veces sobre un hombro, la cara aún está congestionada y ligeramente hinchada, los ojos están cerrados, la respiración se vuelve más regular, pero a veces es muy ruidosa. Se produce un auténtico estertor y la saliva batida sale a través de los labios entreabiertos y bamboleados por el aire expirado».

La contractura, que en principio es extraña a este periodo, puede alterarlo debido a su persistencia en todo el cuerpo o en un solo miembro. Esta misma fase puede quedar interrumpida de cuando en cuando por cortas sacudidas generales o parciales.

Según Richer, la duración respectiva de las fases tónica y clónica sería aproximadamente la misma; él ha determinado una media de 15 segundos para la fase tónica con movimiento, 15 segundos para la fase tónica con inmovilidad y 30 segundos para la fase clónica. La duración de la fase de resolución sería mucho más variable. En general, en conjunto del periodo epileptoide duraría 2, 3, 4 ó 5 minutos, rara vez más.

Se plantean por lo demás una serie de variedades posibles para el modelo del periodo epileptoide. Están resumidas en el siguiente pasaje de Richer: el periodo epileptoide «puede variar ante todo de dos formas distintas: bien por exceso, bien por defecto. Una de las fases se prolonga en detrimento de las otras; o bien una de sus fases, o incluso dos, pueden estar ausentes. Estas dos formas de variación pueden combinarse y crear nuevos tipos: una fase puede quedar suprimida mientras que otra adquiere una importancia considerable. Por último, un elemento extraño puede venir a sumarse a los que habitualmente componen el periodo epileptoide, como por ejemplo: la contractura permanente, y con menos frecuencia la alucinación».

e. *Segundo periodo: periodo de las contorsiones y de los movimientos exagerados (clownismo).* Después de un tiempo de reposo perfectamente identificable, pero normalmente también bastante corto, comienza el segundo periodo que Charcot ha llamado pintorescamente periodo del clownismo, y Richer periodo de los números de fuerza. Comprende dos fases: la fase de las contorsiones o posturas ilógicas y la fase de los movimientos exagerados.

En la *fase de las contorsiones*, «la enferma adopta las posiciones más variadas, las más imprevistas, las más inverosímiles». Charcot ha llamado a estas posturas *ilógicas* en contraposición a las posturas del tercer periodo, denominadas *pasionales* porque responden a algo, porque representan un sentimiento o una idea.

La forma típica prácticamente invariable de estas posturas ilógicas es el arco de círculo. La mayoría de las veces el arco es de concavidad posterior y de convexidad anterior (arco de círculo anterior de Richer): en este caso «el cuerpo está curvado hacia atrás en forma de arco, de manera que sólo reposa en la cama por la cabeza y por los pies. El vientre, a menudo repleto de gases, constituye el punto más alto de la curva. La rigidez de todos

los miembros es tal que se puede mover a la enferma, colocarla sobre el vientre o de lado sin modificar esta postura». Según el decúbito del sujeto se obtienen las variedades dorsal, lateral y abdominal.

El arco puede ser, por el contrario, posterior, es decir, de tal modo que la convexidad es en tal caso posterior y la concavidad anterior: es el arco en emprostótonos, mientras que el precedente era en opistótonos. Existen las mismas variedades según el decúbito.

Por último, también se observa, aunque con mucha menos frecuencia, el arco lateral (pleurotótonos), que se puede combinar con el decúbito dorsal o abdominal.

Dentro de cada uno de estos tipos existen también un número infinito de subvariedades, de modo que una dobla la pierna, la otra levanta el brazo, etc. como ha dicho Richer, «la posición que puede adoptar el cuerpo en esta fase del ataque no parece estar sometida a ninguna ley, a no ser la ley de lo extraño y de lo imposible».

Este periodo dura de cinco a diez minutos; la respiración se efectúa con mayor o menor dificultad, pero no queda retenida. La cara, en consecuencia, no está hinchada. No hay espuma.

Los *movimientos exagerados* de la segunda fase son más amplios que los de la fase clónica del primer periodo, y además no son compatibles con la contractura, sea cual sea el grado de ésta; una de las condiciones para que tengan lugar es la relajación muscular completa.

Estos movimientos son muy difíciles de describir. Si bien son poco más o menos invariables en la misma enferma, normalmente cambian mucho de una enferma a otra.

Un tipo bastante frecuente es el caracterizado por bruscos movimientos de flexión, repitiéndose entre quince y veinte veces seguidas, de tal modo que implican todo el cuerpo o una parte y llevan a la cabeza a entrar contacto con las rodillas, momento en el que se separan violentamente. Féré ha observado movimientos de balanceo que se producen cuando el cuerpo pivota sobre el eje longitudinal, mientras que el anterior se produce alrededor de un eje transversal.

A veces, en lugar de presentar esta regularidad, los movimientos exagerados adoptan la forma de una lucha más o menos violenta, de modo que en algunas enfermas pueden llegar a crisis de auténtica rabia. En tales casos «la enferma entra en un estado de furia contra sí misma. Intenta herirse la cara con las uñas, arrancarse el pelo (…), la toma con las personas que la rodean, intenta morder. Si no puede alcanzarlos, destroza todo lo que está a su alcance, las sábanas, su ropa (…)».

Esta fase comienza a menudo con un grito penetrante, semejante a un pitido de locomotora, prolongado y a veces modulado. Se repite varias veces, tanto si se suceden las repeticiones inmediatamente como si no. Los movimientos de los que acabamos de hablar vienen acompañados a menudo por gritos de lamento, auténticos gritos de rabia, aullidos terribles.

Aunque sea difícil dar cuenta con exactitud del estado de conciencia en la enferma durante este periodo, es sin embargo probable que la pérdida de conocimiento no sea tan completa como en el periodo epileptoide. También parece que, al menos en ciertos casos, las enfermas tienen alucinaciones que la mayoría de las veces son desagradables,

y de las cuales se las saca, para su gran alivio, deteniendo el ataque a lo largo de este periodo mediante la presión sobre el ovario.

f. *Tercer periodo: periodo de las posturas pasionales*. Este periodo, que Charcot ha caracterizado por las posturas pasionales o las poses expresivas, está separado con menos claridad del segundo de lo que los dos primeros estaban entre sí.

El estado delirante domina aquí la situación, y la enferma *vive su delirio*. En efecto, «aquí no se trata de un mero delirio de la memoria o de la imaginación; la enferma es presa de las alucinaciones que la raptan y la llevan a un mundo imaginario. En él, asiste a escenas en las que normalmente desempeña el papel principal; la expresión de su fisonomía y sus posturas reproducen los sentimientos que la invaden; actúa como si su sueño fuese una realidad. Y, por la mímica expresiva que practica, así como por las palabras que deja caer, es fácil seguir todas las peripecias del drama que se desarrolla delante de ella, o en el que participa de manera activa; su alucinación, puramente subjetiva, llega a ser en cierto modo objetiva por la traducción que ella misma ofrece de la misma».

Hay que resaltar principalmente dos características destacadas para definir este periodo: la enferma conserva al despertar el recuerdo de todo lo que ha pasado y, según dice Richer, el relato que puede ofrecer de ello concuerda punto por punto con lo que se ha observado. En segundo lugar, durante este periodo la enferma es completamente insensible a cualquier especie de estímulo exterior (pinchazos, estimulación de la conjuntiva, ruido fuerte junto al oído, inhalación de amoniaco, etc.). Solamente la presión de una zona histerógena (especialmente la presión sobre el ovario) y la descarga eléctrica puede interrumpir el delirio y hacer que se desvanezcan las alucinaciones.

El tema y la riqueza de esas escenas alucinatorias varían según el pasado del sujeto y las capacidades de su imaginación. Las circunstancias que han provocado el arranque de la histeria, o graves acontecimientos sucedidos durante su evolución tendrán también su influencia.

Las alucinaciones alegres y las alucinaciones tristes se suceden sin orden, remplazándose mutuamente unas cuantas veces, se enredan entre sí, se entremezclan. Para dar una idea de la rapidez con la que cambian estas ideas, citaré la siguiente tabla de un ataque en una enferma de La Salpêtrière: 1º) periodo epileptoide, 50 segundos, 2º) movimientos exagerados, reverencias, 10 segundos; 3º) posturas pasionales: crucifixión, 23; defensa, 14; amenaza, 18; llamada, 10; lubricidad, 14; éxtasis, 24; ratas, 22; música militar, 19; burla, 13; lamentos, 23.

g. El *cuarto periodo (periodo de delirio)* sigue al ataque del mismo modo que los pródromos preceden a éste. «Es como un resto del ataque que ya va desapareciendo».

«La mayoría de las veces el delirio es un delirio de la memoria, versa sobre los acontecimientos que han marcado la vida de la enferma. Es triste y melancólico. La

enferma cuenta toda su historia y la va acompañando de lamentos expresados a veces con tanta franqueza que resultan verdaderamente sobrecogedores… Este delirio del cuarto periodo puede tener como tema los asuntos más variados. Unas veces alegre, otras triste, furioso, religioso u obsceno. El tono general viene dado por la impresión del momento».

Lo que distingue a este delirio del que tiene lugar en el tercer periodo es ante todo que en este caso la enferma lo relata en lugar de representarlo activamente, de protagonizarlo. Es en este cuarto periodo en el que la enferma «desvela a veces sus pensamientos más secretos y transmite sus intenciones más ocultas». Además, las vías de comunicación con el mundo exterior comienzan a restablecerse. Ve, oye; con la salvedad de que interpreta mal estas sensaciones; las relaciona con su delirio. La ilusión sustituye a la alucinación del periodo anterior.

Sin embargo, las alucinaciones aún no han desaparecido completamente y, si bien no dominan por completo la escena, llegan a interrumpir el delirio de tiempo en tiempo. «Lo que parece caracterizar a estas alucinaciones finales es la frecuencia y la persistencia de las visiones de animales» (víboras, cuervos, sapos, arañas, ratas, etc.).

Por último, la contractura general o parcial persiste a menudo tras el ataque. Sea cual sea la postura que esta fase imponga sobre el cuerpo, podrá ser distinguida con facilidad del periodo epileptoide y del periodo de contorsiones en el hecho de que no hay ni pérdida de conocimiento ni alucinaciones (la enferma sufre horriblemente y pide a grandes gritos que la aliviemos); la respiración por lo general no está alterada; este estado puede prolongarse, sin que la inmovilidad sea completa ni que la postura siga siendo durante mucho tiempo la misma.

«A veces, por el contrario, el ataque deja tras de sí una paresia o una parálisis de ciertos músculos, que se traduce en la impotencia funcional de un miembro, en incontinencia urinaria, etc. Por último, las sacudidas o conmociones epileptoides generales o parciales se pueden encontrar aquí igual que en los pródromos del ataque. Lo mismo sucede con espasmos viscerales: hipo, náuseas, vómitos, borborigmos, etc.».

Inversamente, algunos estigmas más o menos antiguos, algunas parálisis o contracturas más o menos arraigadas, pueden desaparecer bruscamente durante un ataque.

Finalmente, se han señalado secreciones hacia el fin de las crisis sea de orina clara y abundante, sea de saliva, sea de moco vaginal.

Si el primer y el segundo periodos duran cada uno de ellos un lapso de tiempo que va más o menos del minuto a los tres minutos, si el tercer periodo dura una media de entre cinco y quince minutos (de lo cual resulta, en general, que el ataque propiamente dicho dura entre quince y treinta minutos), el cuarto periodo tiene una duración más variable y difícil de precisar, que oscila entre algunos minutos y algunas horas o incluso varios días.

h. Para resumir la larga exposición que acabamos de hacer y a fin de que sea posible guiarse adecuadamente por las divisiones y subdivisiones de este gran ataque típico, recogemos las principales características la siguiente tabla:

ATAQUE REGULAR, COMPLETO, DE *HYSTERIA MAJOR* [GRAN HISTERIA] O ATAQUE DE LA SALPÊTRIÈRE

- **Periodo premonitorio**
  - Pródromos
    - Trastornos psíquicos y alucinaciones
    - Trastornos de las funciones orgánicas
    - Trastornos de la motilidad
    - Trastornos de la sensibilidad
  - Aura histérica
- **Primer periodo** *Periodo epileptoide*
  - Fase de comienzo
  - Fase tónica
    - Con movimientos
    - Con inmovilidad tetánica
  - Fase clónica
  - Fase de resolución muscular
- **Segundo periodo** *Periodo de las contorsiones y de los movimientos exagerados (clownismo)*
  - Fase de las contorsiones o de las posturas ilógicas

Tercer periodo.— *Periodo de las posturas pasionales o de las poses expresivas*

Cuarto periodo.— *Periodo de prolongación: periodo de delirio*
(delirio, alucionaciones, zoopesia, alteraciones del movimiento)

Si ahora consideramos de manera sintética, con un solo golpe de vista, esta evolución de los fenómenos, encontraremos en su sucesión un vínculo que relaciona esas diversas fases, bastante complejas e inextricables a primera vista.

Tomemos como base el estado de la inteligencia y de la conciencia.

Hacia el comienzo (tras un periodo premonitorio variable que no forma parte integrante del ataque), la pérdida de conocimiento es completa y total, y toda la escena está dominada por los movimientos automáticos, inconscientes, las convulsiones. Estas convulsiones alcanzan al principio su grado más alto de intensidad (tónicas), después se van relajando poco a poco, se transforman en clónicas, y finalmente desaparecen (resolución muscular); se trata del primer periodo: supresión completa de la conciencia, predominancia de las convulsiones automáticas.

El segundo periodo supone la aparición de un intervalo de transición en el que la conciencia comienza a reaparecer; todavía no conlleva una comunicación con el mundo exterior, pretende dominar y dirigir los movimientos que se producen, pero aún no lo consigue, y las posturas resultan ilógicas; y no obstante, en medio de este clownismo absurdo, las alucinaciones comienzan a aparecer, es decir, que la conciencia se despierta.

En el tercer periodo, el triunfo de la conciencia, que ha despertado de nuevo, sobre los movimientos es completo. Las poses expresivas ya no son ilógicas; corresponden con exactitud al estado en que se encuentra la conciencia. Lo único que ocurre es que esta conciencia aún no ha encontrado las vías adecuadas de comunicación con el exterior; está abandonada a sí misma y yerra en un delirio que las posturas pasionales reflejan exteriormente con fidelidad.

Pero estas vías de comunicación con el exterior se restablecen pronto, y el cuarto periodo comienza. Con la salvedad de que, al comienzo de este restablecimiento de las funciones de los sentidos, sus indicaciones no son bien interpretadas por esta conciencia que renace. Y mientras las ilusiones mantienen y acompañan al delirio, algunas alucinaciones aún llegan a causar complicaciones de cuando en cuando, residuos intermitentes de los trastornos constantes del periodo anterior.

Después, poco a poco, y tras un lapso de tiempo que varía según los casos, la mente recupera todas sus capacidades habituales y todo vuelve a estar en orden.

Creo, por lo tanto, en resumen, que para encontrar y comprender la auténtica ley de sucesión de los síntomas en este gran ataque tan bien estudiado en La Salpêtrière, hace falta tomar como referencia y como eje central el estado mental; todo está contenido en él, y es también en la evolución de este estado mental en donde podrá encontrarse la clave de la evolución de todos los otros signos de la gran crisis, los cuales parecen bastante oscuros sin ello, y en parte inextricables, si uno se atiene a la pura enunciación analítica de los hechos observados.

B. *Ataques convulsivos incompletos. Hysteria minor, histeria común.* No es necesario encontrar el gran ataque completo que acabamos de describir para diagnosticar una histeria. A menudo se dan solamente ataques convulsivos incompletos, *petite hystérie*.

También se pueden encontrar las zonas histerógenas en estos casos (Pitres).

Los pródromos existen igualmente, pero por lo general menos acusados y menos identificables que en el gran ataque. Consisten en un malestar indefinible: inquietud, impaciencia, imposibilidad para hacer una tarea de continuo o para no moverse del sitio. La mujer llora y ríe sin motivos, a su pesar. El apetito y la digestión se ven alterados; hay bostezos, suspiros, dolor y constricción epigástricos. El malestar es tal que a veces la mujer desea que el ataque se produzca, el cual la vuelve a llevar a un estado de salud más completo.

El aura tiene un lugar de origen variable. Para los antiguos, desde Hipócrates hasta Ch. Lepois, el origen único y permanente se encontraba en el útero. Récamier creyó que había percibido a través del tacto, durante la convulsión histérica, unas contracciones vermiculares que nadie más ha vuelto a observar desde entonces. Según Briquet, el

origen estaría la mayoría de las veces en el epigastrio; en él se da inmediatamente una sensación de constricción o de calor abrasador. Hemos visto que en el ataque de La Salpêtrière el aura parte normalmente del ovario para alcanzar, por lo demás, rápidamente la fosa epigástrica.

Raramente (en 31 ocasiones de 225, según Briquet) el aura parte de los miembros, de las extremidades o de la totalidad de los miembros inferiores o superiores, algunas veces de un solo miembro. En estas enfermas, la sensación llega hasta el tronco, y después hasta la fosa epigástrica: la constricción epigástrica, de este modo, sigue produciéndose, aunque de manera tardía.

Finalmente, en algunos casos, el comienzo se produce en un periodo ya más avanzado del aura: la enferma experimenta en primer lugar la sensación de estrangulamiento o incluso los trastornos cefálicos: cefalalgia, vértigos, aturdimiento; e inmediatamente después tiene lugar la pérdida de conocimiento.

En las manifestaciones habituales que no entran dentro de esta última categoría, la constricción epigástrica se ve sucedida inmediatamente por la sensación de bolo, que es como el segundo nudo del aura. Una especie de globo sube, en unos cuantos minutos o segundos, del epigastrio hasta el borde superior del esternón y la mayoría de las veces hasta la laringe, donde se detiene y produce una sensación de estrangulamiento, de ahogo, que, a juzgar por los movimientos de la enferma, persiste durante cierto tiempo, pues hace intentos de desembarazarse de él precisamente durante el ataque. A la vez dan comienzo las palpitaciones, que continúan durante el ataque, aumentando incluso de intensidad. Pero es ahora cuando las enfermas tienen conciencia de ello.

Muy a menudo, para terminar, el aura desemboca en los fenómenos cefálicos que ya hemos descrito en la *hysteria major*. Algunas veces los mismos fenómenos se producen en un primer momento: se trata del aura cefálica de Bernutz.

En el momento del estrangulamiento, la enferma lanza a menudo uno o varios gritos que anuncian la pérdida de conocimiento. Estos gritos son muy diferentes al grito aislado, ronco, siniestro (en palabras de Bernutz), del epiléptico. A veces se prolongan abarcando todo lo que dura el ataque y se parecen más bien a los gritos de dolor de un operado.

En ese momento la enferma cae. La caída no se produce en cualquier lugar, como en la epilepsia. Por ello, es muy raro que la mujer se haga daño o que se queme por caer respectivamente sobre una piedra o sobre el fuego. Esto constituye un auténtico rasgo característico de la histeria; habría que tomar la precaución de no sacar en conclusión, en un caso dado, que está fingiendo. Es consecuencia de la conservación de la conciencia durante todo el comienzo del ataque y del presentimiento que tienen las histéricas de la inminencia del mismo.

A partir de este momento, la enferma se encuentra en un estado aparente de pérdida completa de conocimiento. Ya no siente nada, no responde a nada, ya no puede actuar con voluntad propia. Pero aquí hay que distinguir forzosamente entre los casos leves y los casos graves.

En los primeros, la pérdida de conocimiento sólo es aparente. La enferma ve y sobre todo oye todo lo que ocurre a su alrededor, sin que pueda reaccionar ni manifestarlo, pero

a continuación se acuerda de todo lo que pasa durante el ataque. De lo cual se obtiene ese precepto, que se suele formular, de no decir nunca, durante un ataque de histeria, nada que uno quiera ocultarle a la paciente. En ciertos casos benignos sería posible incluso poner fin a su ataque con una violenta emoción, una enérgica sacudida, o ante la simple presencia de un cubo de agua o de una regadera que les irían destinados.

Pero esta característica no se da siempre, y en los casos graves la pérdida de conocimiento es completa, tal como la hemos descrito para la *hysteria major*.

En este momento la sofocación llega a su punto álgido y la apariencia general manifiesta esa disnea, que puede llegar incluso a amenazar con asfixia. La cara está congestionada, inyectada en sangre; sin embargo, conserva su expresión habitual, y es en esto en lo que se distingue de la facies epiléptica, que presenta un aspecto particularmente repulsivo. El cuello se encuentra en estado de tumefacción, la sangre bate con fuerza en las carótidas; las venas cervicales están hinchadas, distendidas.

Estos fenómenos son tan intensos que algunos observadores, en especial Marshall Hall, han pretendido atribuir las convulsiones ulteriores al propio espasmo laríngeo. Basándose en esa idea, en Inglaterra se han hecho incluso traqueotomías que no han logrado atajar las convulsiones. Briquet ya había observado una mujer traqueotomizada con anterioridad a causa de un edema de la glotis, y que sufría ataques a pesar de su cánula. Bernutz aduce también contra la teoría de Marshall Hall los casos en los que el ataque en su totalidad está constituido por crisis de opresión extrema, amenazas de asfixia, sin que se dé convulsión alguna.

Esta fase, por lo demás, es generalmente muy breve, y pronto tienen lugar las convulsiones. Dos características muy importantes de estas convulsiones son las siguientes: la gran amplitud de los movimientos y el desorden de la sucesión en el que tienen lugar.

La amplitud de los movimientos es considerable: se trata de convulsiones clónicas en el pleno sentido de la expresión. La enferma desplaza sus miembros y la totalidad de su cuerpo en la cama con una serie de movimientos desordenados que, tomados de manera individual, se parecen a los movimientos fisiológicos, mientras que las sacudidas de la epilepsia o de la eclampsia no guardan ningún parecido con algo fisiológico. La irregularidad en la sucesión es extrema: la flexión sucede a la extensión y viceversa, sin orden, pasando de un miembro a otro, etc. Bernutz compara acertadamente este estado con una lucha provocada por el sufrimiento, la cual parece situarse en la garganta. El enemigo, la causa de todo su dolor, se encuentra ahí, y muchos de los movimientos parecen estar coordinados para arrastrar y expulsar ese molesto globo.

La cara permanece por lo general indemne, bastante relajada, y no hace muecas.

Pronto los movimientos pierden amplitud y desorden; la cara está menos hinchada, la opresión disminuye. Uno piensa que todo va a volver a la normalidad y que la enferma va a recuperar la conciencia; en efecto, eso es lo que sucede muchas veces. Pero otras, bajo la influencia de una causa insignificante, o sin que exista causa alguna, se produce un nuevo grito, y se desarrolla un nuevo acceso: pueden darse dos, tres e incluso más, antes de que la crisis toque verdaderamente a su fin.

Cuando el acceso llega realmente a su término, la enferma es capaz de recuperar la conciencia tras las convulsiones, y todo ha concluido. Pero también muchas veces hay un periodo intermedio alucinatorio que reproduce poco más o menos la fase de las posturas pasionales descrita en el gran ataque. Por último, estas manifestaciones diversas desaparecen, los ojos se llenan de lágrimas y la enferma rompe en sollozos. Se trata de la crisis tras la cual la conciencia vuelve de manera completa. En otras, es la risa la que cierra la escena, risa tonta irrefrenable, nerviosa, convulsiva. Viene acompañada normalmente por un medio deliro, a veces incoherente e ininteligible, pero otras sobrecargado de imágenes y en ciertos momentos indiscreto y comprometedor. En este periodo, una enferma del hospital Saint-Éloi cantaba unas canciones picarescas que no hubiese admitido conocer en el intervalo que mediaba entre sus crisis.

He aquí el ataque habitual, en el que todas las fases tienen representación propia. Se da por supuesto que en cada caso particular puede no darse tal o cual fase; incluso puede decirse que la norma es esa.

Ahora resulta interesante e indispensable comparar este ataque de histeria común descrita por los clásicos (Briquet y Bernutz sobre todo) con el ataque de gran histeria descrita en el parágrafo precedente según lo hace la escuela de La Salpêtrière (Charcot y Richer).

Richer ha realizado esta comparación con gran celo y un sentido crítico muy profundo, y saca como conclusión que: «No encontramos la manera de poder separar las dos afecciones para hacer de ellas dos enfermedades de naturaleza diferente, y que la histeria común o *petite hystérie* no debe ser considerada sino como una forma atenuada, o, si se prefiere, un estado rudimentario de la histeroepilepsia o *hysteria major*».

Acepto totalmente la primera parte de esta proposición, pero creo que es necesario pronunciar algunas reservas sobre la segunda.

Afirmo firmemente, junto con Charcot, la naturaleza histérica de la histeroepilepsia; no se trata de epilepsia con forma histérica, no se trata de histeria complicada con epilepsia: se trata de histeria epileptiforme. Pero es ir un poco lejos el ver en el ataque de histeria común una simple forma atenuada del gran ataque.

Sin duda, en la histeria común se encuentran rasgos que pertenecen a la gran histeria: se identifican movimientos epileptoides en ciertos casos, delirio, alucinaciones en otros, etc. Pero con los mismos elementos sintomáticos agrupados de manera diferente, jerarquizamos de manera diferente, tenemos cuadros sintomáticos que acaban por ser esencialmente diferentes entre sí. «Bastará, dice Richer, con modificar algunos rasgos en un cuadro de gran histeria, con atenuar unos, borrar o suprimir completamente otros, para volver a encontrar todas las variedades posibles de los ataques de *petite hystérie* o histeria común». Esto es cierto, pero a fuerza de atenuar y suprimir aquí y allá, acabamos teniendo un cuadro que ya no sólo indica una atenuada, sino que constituye un tipo clínico, sintomáticamente independiente.

Así, no puedo aceptar ya la opinión de Richer cuando pone de relieve «cuán difícil es situar el límite que habría de separar la histeria común de la histeroepilepsia con crisis combinadas o gran ataque». Creo, por el contrario, que si bien hay (como en todas partes)

casos intermedios, de transición, difíciles de clasificar, también existe una gran mayoría de casos en los que la identificación es posible e incluso sencilla.

Mencionaré en particular, en favor de este punto de vista, el estado mental y las convulsiones. No hay nada más claro ni más regular que el estado mental en el ataque de La Salpêtrière: esa pérdida total de conocimiento, tan característica, que cede toda actividad, para su ejercicio independiente, a la inervación automática, esa conciencia que se recupera acto seguido, pero orienta de manera inadecuada la expresión externa de las posturas ilógicas, que vuelve poco a poco, creciendo, pero de manera errabunda, dejándose llevar por esas alucinaciones diversas, ahora reflejadas en posturas pasionales bastante apropiadas, que acaba por recuperarse plenamente y tomar a cargo el gobierno de la persona: he ahí un modelo muy definido, magistralmente observado en La Salpêtrière, que buscaríamos en vano en la histeria común.

Lo mismo sucede con las convulsiones, con esa sucesión de las fases, de los periodos, con las formas clónicas que suceden a las formas tónicas, etc., sobre la evolución de las cuales ya hemos insistido de manera específica en nuestro resumen del gran ataque.

Estaríamos haciendo todo lo necesario para sufrir numerosas y considerables desilusiones si creyésemos encontrar todo ello en las histéricas comunes, y cometeríamos imperdonables errores de diagnóstico si no quisiésemos admitir la existencia de histeria más que en presencia de esos síntomas.

En la histeria común, la conciencia a menudo se conserva; la enferma no puede comunicarse activamente con el mundo exterior, pero percibe todavía de manera pasiva los intercambios de palabras de ese mundo exterior y muchas veces los recuerda a continuación. Las convulsiones son desordenadas, diversas, amplias, más bien parecen movimientos voluntarios que acrobacias de *clown*.

No insisto sobre el asunto. Solamente quería llegar a esta conclusión: el ataque de la gran histeria y el ataque de la histeria común son dos manifestaciones de la misma enfermedad, de la misma neurosis, del mismo modo que las demás formas de ataque que describiremos en seguida; pero constituyen dos tipos clínicos, dos variedades sintomáticas distintas, que merecen ser conservadas, separadas y descritas de manera independiente. Aun cuando estén constituidas en el fondo por elementos sintomáticos idénticos, esos elementos presentan diferencias lo suficientemente marcadas en su asociación y en su evolución como para constituir dos variedades de referencia del ataque de histeria.

Por ello es por lo que hemos mantenido la descripción subsiguiente y por lo que proponemos, para designarlas, los nombres de *ataque de La Salpêtrière y ataque común*. Prefiero estas expresiones a las de *grande* y de *petite* histeria, pues en la histeria común hay casos igual de rebeldes, de tenaces y, por así decir, de grandes que en la otra.

Estas dos variedades de ataque, por lo demás, no son las únicas.

C. *Otras variedades de ataque.* Vamos a describir las variedades siguientes: ataque sincopal, de espasmos, epileptoides, demoniaco, de clownismo, de postura pasional, de delirio, de contracturas, de sueño y de catalepsia.

No tenemos, ciertamente, la pretensión de abarcarlo todo con esta nomenclatura. Aunque sólo fuese por la asociación, en todos los sentidos, de estos diferentes elementos, es posible concebir y observar un número casi infinito de ataques diferentes. Los que hemos elegido constituyen en nuestra opinión los tipos que se identifican con más facilidad y los que están mejor definidos.

a. *Ataque sincopal.* Hay que evitar agrupar con este apelativo a todos los síncopes que las histéricas (casi siempre anémicas) pueden presentar de manera más o menos accidental.

Conviene incluir, al igual que Richer solamente «los estados nerviosos complejos en los que a la pérdida de conocimiento se le suman la palidez de los tegumentos, la pérdida completa y más o menos repentina de la sensibilidad y del movimiento con flaccidez total en los miembros, y la parada momentánea o al menos la disminución considerable de los latidos cardiacos y de los movimientos respiratorios».

Una enferma de Briquet «experimentaba constricción en el epigastrio y en la garganta, cierto vértigo y algo de rubor en la cara. Tras lo cual caía al suelo sin conocimiento, pálida, exánime y sin movimiento, con las piernas fláccidas y el pulso muy débil; después del ataque, que duraba unos minutos, se producían a veces gemidos y lloros, aunque otras veces la conciencia volvía sin alteraciones particulares».

Se trata en efecto de la forma de ataque que asusta más a las familias. Siempre me acordaré de la agitación de la madre e incluso del padre médico (pero que no ejercía ya desde hacía bastante tiempo) en presencia de una muchacha que presentaba un ejemplo casi perfecto de esos ataques sincopales. «Estado sincopal esta mañana, me escribía el padre para que me diese prisa en llegar, lipotimia extrema, pulso filiforme, estremecimientos en el corazón; poco a poco el pulso se ha ido restableciendo y ganando fuerza, reacción en la piel, expulsión de gas; por la tarde, otra vez ese estado sincopal más intenso y tan alarmante que en un momento dado creí que llegaba el momento fatal: el brazo derecho se ha quedado frío, de igual modo que las piernas; a las siete de la tarde, la vuelta a la calma viene anunciada por pandiculaciones y una tos convulsiva (…). ¿Qué he de hacer, Dios mío? No puedo guardar la calma, tiemblo a la espera del acceso que tendrá lugar hoy. Abandono la quinina (…)». Se pensó, en efecto, en accesos graves de paludismo, después en una fiebre tifoidea; una noche parece incluso «tan terrible» que a las dos de la madrugada se le dieron los últimos sacramentos. No se trataba de otra cosa que de histeria. Me costó mucho que la familia lo aceptase: la muchacha se encuentra hoy día completamente curada desde hace tiempo de esta forma de ataques, pero aún sufre ataques de otro tipo de cuando en cuando, con una apariencia más común y menos alarmante.

Los ataques sincopales, por lo demás, son poco frecuentes. De 400 histéricas, Briquet aparentemente no habría encontrado más que 11 cuyos ataques convulsivos estuviesen acompañados de síncope.

Richer, aplicando una idea general (sobre la que volveremos) según la cual todas las variedades de ataque vienen a corresponderse con la exageración de una de las fases del

ataque de La Salpêtrière, termina diciendo que el ataque sincopal «toma prestada su fisonomía específica de algunas de las características del ataque convulsivo y particularmente de las del periodo prodrómico».

Considero el razonamiento algo forzado. Es preciso exagerar hasta tal punto el elemento vasomotor (normalmente secundario), en los pródromos del gran ataque, y disminuir hasta tal punto el papel (por lo general preponderante) de los demás elementos de este periodo, que por medio de estos retoques llegamos a tener un cuadro completamente nuevo y que constituye un auténtico tipo clínico.

b. *Ataque de espasmos.* Richer también relaciona el ataque de espasmos con las variedades que pertenecen a ese mismo periodo prodrómico.

Muy a menudo, en efecto, este ataque está constituido únicamente por el aura del gran ataque y constituye así un gran ataque abortado. Se constata en tal caso: «Intensificación del dolor ovárico y de las diversas zonas histerógenas; dolor epigástrico, sensación de bolo ascendente; palpitaciones cardiacas, disnea, estrangulamiento; estados de estupefacción, silbidos en los oídos, latidos en las sienes, etc. Pero, en el momento en el que va a suceder la pérdida de conocimiento, todo se detiene. La enferma, algo turbada, recobra enseguida la seguridad; el ataque ha abortado».

En los casos descritos por Briquet, dominan la escena sobre todo el ahogo y el estrangulamiento doloroso: «Los músculos del pecho, aun cuando estén convulsionados y provoquen sensación de sofocación y asfixia, se contraen a pesar de todo muy rápidamente y aceleran la respiración hasta el punto de provocar 100 inspiraciones por minuto; dolores agudos se dejan sentir en los costados y en la espalda; una sensación muy dolorosa parece subir hasta la garganta con la forma de un globo y, una vez que ha llegado, provoca en ella un estrangulamiento que causa un dolor desgarrador extremadamente agudo y durante el cual la enferma parece estar a punto de ahogarse. En ese momento la deglución es completamente imposible, un violento dolor aparece en la cabeza, las manos se agitan, se crispan involuntariamente; la conciencia, no obstante, se conserva íntegramente. Este estado de sufrimiento llega algunas veces a un grado alarmante…».

Este cuadro conduce a las crisis hidrofóbicas, de las que Maurice Raynaud y Féré (observación citada por Richer) han publicado ejemplos sobresalientes (el primero de los cuales acaba en muerte). Después de una opresión difícil de soportar que dura una media hora, y que a continuación fue sustituida por un ralentizamiento, la enferma de Féré «intenta realizar movimientos de deglución que resultan en vano; empieza a escupitear, después, bruscamente, la cabeza se vuelve hacia atrás, la cara entra en estado de tumefacción y se vuelve violácea, el cuello se hincha, los hombros se echan para atrás y cae de espaldas… Se lleva las manos a la garganta como para quitarse algo molesto, realiza infructuosos esfuerzos de deglución y se pone a escupir en todas las direcciones…».

Bernutz también admite la existencia de este ataque, «que, en ciertos casos excepcionales, dará lugar a una especie de estado de asfixia, en otros estará constituido por una tetania pasajera, trismo, rigidez de los miembros».

En este ataque puede verse o bien (como pretende Richer) un gran ataque reducido al aura, o bien (con más acierto en mi opinión) una forma reducida del ataque común que hemos descrito más arriba (B) con el nombre de *hysteria minor.*

c. *Ataques epileptoides*. Esta denominación pertenece por completo a la nomenclatura de Richer. El ataque epileptoide (resumimos la descripción que ofrece este autor) consiste en el gran ataque reducido a su primer periodo, periodo que (ya lo he hemos dicho más arriba) presenta a su vez tres fases (tónica, clónica y de resolución) cuando se da en su forma completa.

Se trata del ataque que Briquet y los clásicos (con anterioridad a los trabajos de La Salpêtrière) llamaban histeroepilepsia. Y es este el que da lugar a las mayores dificultades de diagnóstico diferencial en relación con la epilepsia.

La confusión se produce aún más fácilmente cuando esos ataques se siguen en un número y frecuencia tales que la enferma presenta un auténtico estado de mal epileptoide. Los principales rasgos que permiten distinguir este estado del estado de mal epiléptico son los siguientes.

El estado de mal epileptoide puede prolongarse durante mucho tiempo (más de dos meses en un enfermo de Charcot) sin conllevar trastornos serios en el organismo; el estado general no inspira «la más mínima inquietud, a pesar de la alimentación insuficiente y el enorme gasto de fuerza muscular que ha debido realizar. La situación mental, por otro lado, no quedaba, ni mucho menos, tan profundamente alterada como hubiese tenido lugar por fuerza si se hubiese tratado de auténtica epilepsia; en ningún periodo ha habido evacuaciones involuntarias de orina o de materias fecales» (Charcot).

Charcot y Bourneville han destacado también la gran importancia diagnóstica de la

evolución de la temperatura en estos casos. En el estado de mal epiléptico (que pertenece nosológicamente a la epilepsia) la temperatura sube pronto hasta los 40 grados, mientras que en el estado de mal epileptoide (que pertenece nosológicamente a la histeria) la temperatura a penas sobrepasa lo habitual.

La tercera característica, de igual importancia, es la influencia de la presión sobre zonas histerógenas. Esta presión, sin eficacia alguna en cualquiera de las formas de la auténtica epilepsia, detiene por el contrario el estado de mal epileptoide de igual modo que las demás manifestaciones de la histeria.

Por último, los estigmas de la histeria aparecen las más de las veces sea en los conmemorativos/recuerdos de la enferma, sea en los breves instantes de respiro que dejan los ataques. En la enferma ya citada de Charcot, «una flor en el pelo, extraños recogidos, un viejo trozo de espejo colocado en el jergón, dan suficiente testimonio de las ocupaciones favoritas de esta mujer en los periodos en que los ataques remiten».

Démonos cuenta de que el asunto se vuelve mucho más difícil cuando, como en la observación de Ballet citada por Richer, «las dos neurosis, la histeria y la epilepsia, existen a un tiempo en el mismo sujeto y se manifiestan de manera independiente, cada una de ellas con los rasgos que le son propios».

En lugar de adquirir, por su duración y su sucesión, un carácter de especial gravedad, los ataques epileptoides, por el contrario, pueden tomar una forma muy reducida, o ser incompletos. En tal caso guardan un gran parecido con el *petit mal* epiléptico, con el vértigo de esta neurosis. Richer los compara más concretamente con la variedad descrita por Herpin con el nombre de conmociones epilépticas.

Estas conmociones epileptoides revelan por lo general su naturaleza histérica con la aparición, anterior o simultánea, de algunos otros fenómenos más identificables para el diagnóstico, tales como «*ovaria*, estrangulamiento, palpitaciones, pitidos en los oídos, latidos en las sienes, hinchazón del cuello, timpanitis, borborigmos, etc.».

d. *Ataque demoniaco*. Siguiendo la nomenclatura y la descripción de Richer, llegamos a los ataques que constituyen variedades «a partir de la modificación del segundo periodo». El ataque demoniaco o ataque de contorsión corresponde a la primera fase de este segundo periodo (fase de contorsiones o de las posturas ilógicas).

«Supóngase, dice Richer, un segundo periodo en el que todos los fenómenos más extraños que constituyen los que hemos llamado clownismo, se multiplican sin límites. Añádasele la furia, los gritos, la rabia, los movimientos desordenados que he descrito también dentro de los signos de este segundo periodo. Tómese además todo lo que, en otros periodos del ataque, aparece con un aspecto más o menos extraordinario, o está marcado por la predominancia del elemento doloroso, como las contracturas generalizadas del periodo final, o algunas alucinaciones horrorosas del tercer periodo. De este modo se habrá constituido una variedad de ataque creada para inspirar, según los tiempos, el temor, el horror o la conmiseración». Así son los ataques demoniacos.

El periodo epileptoide está representado por un tetanismo que inmoviliza los miembros en las posiciones más extrañas y por un clownismo leve (palpitación de los párpados, temblores parciales); pero el periodo verdaderamente importante es el segundo, el de las convulsiones. «Los miembros contracturados, al extenderse, se elevan perpendicularmente a la cama, se entrecruzan a menudo debido a una aducción forzada; las piernas, a veces flexionadas, se cruzan de diversas maneras; los brazos se retuercen y se colocan tras la espalda; las manos adoptan una posición más o menos constante, la muñeca flexionada con fuerza, los tres primeros dedos, pulgar, índice y medio, extendidos o separados, los dos últimos doblados. Por último, todo el cuerpo se contorsiona de una manera tal, que escapa a cualquier descripción. La cara adopta en tales casos los rasgos del horror o de la cólera: los ojos desmesuradamente abiertos, la boca tirante a causa de una fuerza que parte de diversos lugares, o bien abierta, con la lengua fuera. Los movimientos exagerados se realizan con una violencia aterradora. La enferma intenta morderse y arañarse la cara o el pecho, se arranca el pelo, se golpea brutalmente, lanza horribles gritos de dolor o aullidos salvajes. Tiene un comportamiento auténticamente frenético; Ler…, en esos ataques, no puede conservar ninguna de sus prendas, y en poco tiempo ya las ha hecho todas jirones. Se propina con el puño golpes tan violentos que nos vemos obligados a interponer un cojín para amortiguar el choque; zarandea la cabeza, intenta morder, agarra una gasa que se le ofrece y la agita violentamente con sordos gruñidos de rabia» (Richer).

El tercer periodo (posturas pasionales), por lo general, apenas queda esbozado. Aparecen ya los calambres, las contracturas dolorosas que torturan atrozmente a la enferma durante el último periodo.

Una de las características más destacadas de este ataque (y que aumenta su atrocidad) es la agudeza y la persistencia del dolor, que deja en el rostro de la enferma la impronta de un dolor terrible.

e. *Ataque de clownismo*. En el segundo periodo del ataque completo hemos distinguido la fase de las contorsiones o posturas ilógicas y la fase de los movimientos exagerados. La predominancia, llevada al extremo, de la primera de estas dos fases, constituye el ataque demoniaco, mientras que en el ataque de clownismo es la segunda fase la que adquiere una importancia tal que todo lo demás pasa a un segundo plano o incluso desaparece.

Una señora que tengo en observación actualmente y desde hace mucho tiempo, se duerme, se pone rígida y es entonces cuando dan comienzo unos movimientos acompasados muy ágiles que pueden describirse así: echada en su cama describiendo un leve arco de círculo, pivota sobre sí misma, se coloca al través con respecto a la cama, dobla con fuerza las piernas, hace palanca con su propio cuerpo y se proyecta con fuerza fuera de la cama; su marido la coge al vuelo con los brazos, la coloca sobre la cama y vuelve a empezar de nuevo. Estos movimientos se repiten con una gran energía y una gran fuerza.

En otros casos, los fenómenos están menos acompasados y los movimientos no tienen orden, pero siempre están provistos de una gran amplitud: se trata del antiguo ataque de histeria tal como ha sido descrita por un grandísimo número de autores.

f. *Ataque de las posturas pasionales.* Nos encontramos con las variedades que surgen por modificación del tercer periodo del gran ataque completo.

Las posturas pasionales que caracterizan aquí al ataque (y que pueden incluso constituirlo ellas solas por completo) pueden ser múltiples, variadas, y sucederse con mayor o menor rapidez. La enferma presenta en tal caso una serie de poses expresivas.

Otras veces la postura pasional varía poco o incluso no varía en absoluto a lo largo de todo el ataque. Es a estas formas particulares a las que se les da más concretamente el nombre de éxtasis. La escuela de La Salpêtrière ha mostrado la analogía que varias observaciones de éxtasis presentan con las posturas pasionales. Sin embargo, no hay que creer que todos los éxtasis son necesariamente manifestaciones de la histeria. «No discuto, dice Richer, que el éxtasis pueda tener lugar fuera de la histeria, de igual modo que la catalepsia y el sonambulismo», pero existen evidentemente ataques de histeria con forma de éxtasis y que además entran en la categoría de los ataques de postura pasional.

En muchos sujetos se obtienen artificialmente ataques experimentales del mismo tipo mediante inhalaciones de éter. Richer presenta incluso estos ataques provocados como modelo de los ataques de postura pasional. No me detendré en la descripción clínica de esta forma de ataque bien conocida.

g. *Ataque de delirio.* Aquí es el delirio del cuarto periodo del gran ataque completo el que ocupa la escena de manera exclusiva o casi exclusiva. Unas veces el delirio se ve precedido, acompañado o sucedido por otras diversas formas de ataques histéricos; otras veces, por el contrario, es la manifestación primera de la neurosis. «Estos accesos de manía, dice Griesinger, se observan a veces en muchachas muy jóvenes; ríen, cantan, golpean a sus allegadas, las injurian; algunas veces tienen un delirio furioso, llevan a cabo tentativas de suicidio, presentan una sobreexcitación ninfomaniaca, o bien tienen un delirio religioso o demoniaco, o, por último, se dedican a realizar actos extravagantes, pero todavía coherentes».

Richer, que es quien cita el pasaje, refiere numerosas observaciones con el apoyo de la descripción, y a continuación analiza cuidadosamente los caracteres generales del delirio histérico. Volveremos más adelante sobre los fenómenos fijos de la histeria, sobre los síntomas observados al margen de los ataques. El estado mental de las histéricas, en efecto, hay que estudiarlo cuidadosamente dentro de los estigmas de estas neurosis y, para no fraccionar su exposición, preferimos dejarla para más adelante.

h. *Ataque de contracturas.* Richer plantea para esta variedad del ataque histérico una forma de clasificación que no me parece que pueda aplicarse a todos los casos: la relaciona en cualquiera de sus manifestaciones con el cuarto periodo.

Tras haber comenzado por un miembro cualquiera, la contractura se generaliza rápidamente e inmoviliza a la enferma en una postura particular, sea estirada, sea en postura de crucifixión, sea en opistótonos, etc. El grado de la contractura va desde la exageración de los reflejos tendinosos hasta la rigidez absoluta en postura de plancha; la sede y el grado de extensión también varían. El estado de la sensibilidad varía igualmente según los casos, de la anestesia a la hiperestesia, según el estado previo y habitual del sujeto. Por último, añade Richer, «una de las características más destacables de estas formas de ataque de contractura es la conservación íntegra de la conciencia, que le permite a la enferma rendir perfecta cuenta de todas sus impresiones a lo largo de todo el tiempo que dura el ataque».

Esta última característica no deja de estar sujeta a ciertas condiciones.

Recientemente he publicado, junto a Brousse, la historia de una histérica que tenía ataques de contracturas muy notables que respondían a dos tipos: en una de las formas conservaba por completo el conocimiento, pero en la otra lo perdía totalmente. A la par, en F… no se da ningún indicio de clownismo, de contorsiones, de delirio; desde el primer momento pierde el conocimiento y queda inmóvil, estirada con postura de crucifixión y arco de círculo. Se trataría por lo tanto más bien de un ataque reducido a su primer periodo, a la fase tónica del periodo epileptoide.

Si se desea seguir fielmente las asimilaciones indicadas por la escuela de La Salpêtrière, sería preciso distinguir dos formas de ataque de contracturas: unos, bien estudiados por Richer, pertenecen a las variedades del cuarto periodo; los otros, en cuya representación tendríamos a nuestra enferma, pertenecen más bien a las variedades del primer periodo. Por lo demás, he observado otra enferma, análoga a F… y que entraría también en este último grupo.

La duración de estos ataques de contractura varía entre unos instantes y varias semanas, sin que en ningún caso sean indefinidos, como sucede con el ataque de las contracturas permanentes, las cuales pertenecen a los fenómenos fijos de la neurosis.

En lugar de ser simple, este ataque puede además verse acompañado, precedido o sucedido por otros diversos síntomas que pertenecen al gran ataque histeroepiléptico; Richer cita más en concreto los trastornos epileptoides, la agitación y las contorsiones, el delirio, y también la pérdida de conocimiento de la que ya hemos hablado más arriba.

i. *Ataque letárgico (sueño).* Aquí no debemos ocuparnos de otra cosa más que de los ataques espontáneos de sueño en las histéricas: todo lo que concierne al sueño provocado en sus diversas formas ya ha sido descrito en el artículo *Hipnotismo*[60].

Estas crisis de sueño, estudiadas a fondo por Briquet, Bourneville y Regnard, Richer y Pitres, no son muy frecuentes, y su descripción presenta todavía cierta confusión.

Briquet describe tres formas, que considera como grados de la misma alteración patológica: sueño, coma y letargo. En el primer tipo, se trata aparentemente de sueño natural con resolución de los miembros; en el segundo, al sueño se le suman fenómenos consecutivos normalmente tónicos en la cara y los miembros y signos de congestión cerebral con dificultad al respirar y pulso duro; en el tercero, se da muerte aparente.

Richer le da a todo esto el nombre de letargo y distingue: 1º) el ataque de letargo simple (el ataque de sueño de Briquet); 2º) el ataque de letargo con muerte aparente (el ataque de letargo de Briquet); 3º) el ataque de letargo con las complicaciones de: a) contracturas parciales o generalizadas (el ataque de coma de Briquet); b) el estado cataleptiforme.

Nosotros mismos hemos publicado con Brousse la historia de una enferma que prueba que todas estas divisiones son algo esquemáticas y resultan artificiales si se generalizan demasiado. Los ataques de sueño no entraban en ninguno de los tipos descritos por Briquet: no se trataba del sueño simple, ya que había contracturas; no era coma, puesto que el sujeto oía lo que se le decía y respondía; no era letargo, pues no se daba un estado de muerte aparente.

Lo que nos parece más adecuado es describir los ataques de sueño simple que sirven de modelo, y después describiremos las variedades que están constituidas por ese sueño tipo junto con complicaciones tales como el coma, la muerte aparente, las contracturas y los fenómenos epileptoides, los fenómenos cataleptiformes o el sonambulismo.

Bourneville y Regnard han descrito perfectamente los ataques de sueño simple:

«A veces los ataques se presentan sin pródromos; las más de las veces se observan un cierto número de fenómenos: las enfermas están de mal humor, irritadas, tristes, y lloran; o bien estás anormalmente alegres, se ríen a carcajadas sin motivo y sin poder controlarse; una de ellas tenía alucinaciones de la vista; tienen la cabeza embotada; tienen sacudidas, dejan escapar objetos que tienen en la mano; por momentos son incapaces de hablar, hagan lo que hagan; presentan una tendencia muy patente a dormir, contra

60. Grasset se refiere a otra entrada del *Dictionnaire*...

la cual luchan; los párpados se cierran. Esta situación tiene una duración que varía de unos minutos a varias horas o incluso un día entero. El cuerpo y los miembros presentan alternancias de rigidez y elasticidad, o bien están rígidas de manera permanente; a veces las mandíbulas se encuentran contracturadas. Las enfermas tienen sacudidas. No responden a los ruidos de su alrededor, a los pinchazos, a los pellizcos, al frío, etc. En ningún caso hemos visto hiperexcitabilidad muscular. La cara se presenta roja, caliente, a veces sudoral. Los párpados se encuentran cerrados y muchas veces afectados por pequeñas y rápidas palpitaciones; si se intenta separarlos, se experimenta cierta resistencia; una vez separados, se ve que los globos oculares están húmedos, que están afectados de nistagmo y que las pupilas están dilatadas. Si el sueño se prolonga, resulta obligado recurrir a la alimentación por medio de la sonda esofágica… El vientre está hinchado por gases intestinales, hace ruido; las deposiciones, que normalmente están provocadas, son involuntarias; lo mismo ocurre con la orina. El pulso es regular, con frecuencia de 84, 88 ó 92. La respiración es normalmente tranquila, no estertorosa, con frecuencia de 16, 17 ó 18; en ciertos momentos, está agitada, lo cual responde a sueños. La temperatura vaginal se ha elevado algunas décimas por encima de lo normal… A intervalos variables, se observan movimientos automáticos; las enfermas parecen luchar, realizar esfuerzos para separarse de seres u objetos imaginarios; emiten quejidos ahogados, piden ayuda en voz alta; la fisonomía expresa terror. Cuando las enfermas recuerdan los sueños que han tenido, cuentan que han tenido sueños agradables y pesadillas. Unas veces el ataque de sueño termina con un ataque convulsivo, o bien con risas, llanto o excitación. Las enfermas están perplejas, parece que ya no se acuerdan del lugar en el que se encuentran; se quejan de agujetas, de dolores de cabeza, tienen la vista nublada, no quieren hablar. Crisis abortadas, risas inextinguibles, y cada vez más cercanas entre sí, anuncian en H… la conclusión del ataque de sueño. En este caso también se produce un auténtico delirio verbal. La duración de los ataques de sueño es muy variada: doce, veinticuatro, treinta y seis horas, varios días, o entre cinco y seis semanas».

Barth añade que la duración puede llegar a los varios meses, como en el caso de Burette citado por Semelaigne, según el *Dictionnaire des sciences médicales*, e incluso a años enteros, como en una muchacha cuya historia ha sido referida por Jones. Ese mismo autor resume a continuación la observación de ciertos durmientes célebres: el soldado de Marduel, el enfermo de Ward Cousins, la joven de Jones, la enferma de Berdinel y Monod (cataléptica del hospital Cochin) y la de Millard en Beaujon.

Armaingaud, Huchard y sobre todo Richer han publicado observaciones que confirman la descripción de más arriba de los ataques de sueño. Pitres ha dedicado interesantes lecciones clínicas al estudio de una histérica célebre, Albertine, que sufría ataques de sueño; el profesor de Burdeos muestra las analogías de este sueño con el sueño provocado o hipnótico; este es un punto que también nosotros, junto con Brousse, hemos intentado esclarecer.

Estudiando, en efecto, a propósito de nuestra enferma F…, las características somáticas fijas del ataque de sueño provocado, hemos demostrado que era preciso dividir a los sujetos hipnotizables en dos categorías: los que no eran histéricos con anterioridad y en

los que la sugestión resulta todopoderosa cuando se trata de modificar o crear todas las características del ataque (escuela de Nancy), y los que, siendo anteriormente histéricos, presentan en el hipnotismo algunas características fijas, anteriores a la sugestión y más influyentes que la misma (escuela de La Salpêtrière). Estas características somáticas fijas pueden ser las que Charcot ha descrito con el nombre de gran hipnotismo, pero pueden también diferir de éstos. En esta última categoría se sitúan los sujetos que, como nuestra enferma, han tenido ataques espontáneos de sueño; en estos casos, estas histéricas, en su sueño provocado, reproducen simple y fielmente sus ataques anteriores de sueño espontáneo con todos sus rasgos. Todo esto me parece que desarrolla y precisa el punto de vista de Pitres.

Este último autor, por último, ha destacado enérgicamente la importancia de las zonas hipnógenas, que desempeñan con respecto a los ataques de sueño el mismo papel que las zonas histerógenas respecto de los ataques convulsivos. Son «regiones circunscritas del cuerpo tales que la presión sobre las mismas tiene como efecto sea provocar instantáneamente el sueño hipnótico, sea modificar las fases del sueño artificial, sea devolver bruscamente al estado de vigilia a los sujetos previamente hipnotizados». El estudio completo de estas zonas pertenece más bien al artículo *Hypnotisme* que a este. Dejemos tan sólo una nota sobre las relaciones que hay entre las zonas hipnógenas y las zonas histerógenas en los enfermos que presentan tanto las unas como las otras.

Se encuentran a menudo en las mismas regiones del cuerpo y están como superpuestas, «de tal modo que una leve estimulación de estos puntos provocan el sueño hipnótico y modificaciones más intensas, las convulsiones histéricas». Pero, a pesar de la coincidencia en cuanto a la localización, estos dos tipos de zonas conservan en esos casos su singularidad independiente. La prueba está en que «es posible provocar la desaparición de unas sin que las otras se modifiquen por ello lo más mínimo». El taburete eléctrico, la galvanización de los centros nerviosos, «la faradización o la galvanización localizadas, la ligadura circular de los miembros, la anemia local producida por la aplicación de vendas de caucho, las pulverizaciones refrigerantes de éter, la sinapización y las inyecciones hipodérmicas, hacen que desaparezcan localmente las zonas hipnógenas que tienen su sede en los puntos correspondientes».

En nuestra enferma F…, las zonas hipnógenas están situadas en las regiones ováricas, en las dos muñecas, bajo ambos pechos, en la punta de los dos omoplatos y en los dos tobillos.

Supone un grado más en el ataque de sueño que acabamos de describir el ataque con coma, que es aún menos frecuente; las enfermas quedan insensibles a las estimulaciones más intensas, algunos movimientos epileptoides se producen a veces en la cara y en los ojos. La crisis, que ha venido precedida la mayoría de las veces por un ataque convulsivo, termina con un periodo de ensoñaciones o de delirio, tras el cual la enferma se despierta agotada, llena de agujetas, sin recordar nada del ataque salvo esa misma sensación de cansancio general.

Finalmente, un grado aún más acusado de sueño conduce al ataque de muerte aparente, de lo cual parecen poder aducirse más ejemplos, tal vez porque, siendo el cuadro

más dramático y alarmante, se toma nota y se publican las observaciones de los mismos en un número mucho mayor.

Los clásicos relatan una gran número de estos casos. Recordemos, con Huchard, los de Asclepio y Apolonio de Tiana, que, «topándose cada uno de ellos con una mujer que llevaban a enterrar, descubrieron que se trataba solamente de un estado letárgico prolongado»; el de Vesalio, que recibió el encargo, según Ambroise Paré, de «abrir a una mujer que había sido dada por muerta a causa de sofocación de matriz, y al segundo corte de navaja que dio, comenzó la susodicha mujer a moverse y a mostrar, por otros signos, que aún estaba viva»; el de la mujer del coronel inglés, que, según lo refiere el *Journal des Savants*[61], se despertó ocho días después del momento en que habría sido enterrada si no hubiese sido por la resistencia de su marido; el de Lepois, que habla de una monja que fue amortajada y estuvo a punto de recibir sepultura con vida; el de Zendler sobre una mujer de veintiocho años que fue enterrada y no se despertó hasta que el sepulturero reabrió el ataúd para sustraer los vestidos de la infeliz; aquel otro caso del mismo autor que, junto con cinco médicos de Viena (entre los cuales se encontraba Franck), había dado por supuesta su muerte e incluso creía que percibía el olor a putrefacción, cuando la muchacha se despertó y repitió la frase latina de la que se había servido Franck para pronunciar la hora de la muerte.

Junto a estos casos donde se cometieron o estuvieron a punto de cometerse errores graves, se citan un número muchísimo mayor en los cuales el diagnóstico pudo ser determinado como de letargo. Así es como Pomme, según dice Barth, menciona la observación de una muchacha bajo la influencia del letargo histérico, y que hubiesen enterrado viva si no se hubiese tenido conocimiento de la periodicidad de estos accesos.

Hoy día, equivocaciones como la que llevó indirectamente a Vesalio a un triste final son cada vez más fáciles de evitar. Ya que el análisis clínico ha evolucionado mucho más, permite la mayoría de las veces identificar algunos signos de vida en los enfermos, pero sólo lo permite en todo caso si el médico conoce bien los casos de este tipo y las dificultades diagnósticas que presentan.

Llegamos ahora a los ataques de sueño con complicaciones, y en primer lugar a los ataques con *contracturas*.

Las dos histéricas en las que he observado los mejores ejemplos de ataque de sueño, los tenían con contracturas. F…, que es un modelo de este tipo de crisis, duerme, sólo con un ojo cerrado, pulso y respiración tranquilos, sin convulsión clónica alguna y sin un movimiento. La sensibilidad está completamente anulada en todas sus formas generales. El cuerpo entero está afectado por una contractura generalizada: las manos enlazadas con fuerza y cruzadas por detrás de la espalda, las dos piernas en extensión completa, el

61. *Le Journal des sçavans, más tarde Journal des savants* [*Diario de los sabios*], es la revista científico-literaria más antigua de Europa. Inaugurado en París el 5 de enero de 1665, en sus inicios fue de aparición semanal, se imprimió irregularmente entre 1792 y 1816, y desde entonces ha perdurado hasta nuestros días. A partir de 1908, la publicación está a cargo de la Academia de Inscripciones y Bellas Artes, y aparece dos veces al año.

pie izquierdo colocado sobre el pie derecho; el cuerpo en su totalidad no es otra cosa que una barra rígida. Sólo los músculos de la cabeza escapan a esta contractura. Los sentidos parecen haberse extinguido, pero el oído se conserva, así como el habla. Escucha lo que se le dice, responde y sostiene una conversación fluida.

Richer ha dedicado todo un parágrafo de su libro al estudio de estos ataques. De las tres observaciones que ofrece, dos se parecen bastante a la nuestra: una suya y otra del doctor Alexandre (de Livry). Sólo que en todos los casos de Richer se daba esa hiperexcitabilidad neuromuscular que la escuela de La Salpêtrière ha propuesto como carácter distintivo del letargo provocado por el gran hipnotismo. En nuestras dos enfermas esta hiperexcitabilidad no existía: no se trata por tanto de una característica necesaria en este tipo de ataques espontáneos.

En lugar de presentarse con contracturas, el ataque de sueño también puede tener lugar acompañado de fenómenos *cataleptiformes*.

Podría tener aquí lugar la difícil discusión de las relaciones de la histeria con la auténtica catalepsia, con la neurosis que llamamos propiamente catalepsia (cf. la entrada correspondiente a esta palabra). Por el momento, contentémonos con constatar que los casos que pertenecen a la histeria son más cataleptoides o cataleptiformes que cataléptico; se trata en general de catalepsias parciales y pasajeras, como muestran los ejemplos referidos por Lasègue. En estos casos, dice Richer, «la enferma presenta el aspecto normal de una persona que duerme. Los ojos están cerrados, con los párpados contrayéndose. A menudo se da contractura parcial o rigidez general. El miembro se mantiene poco tiempo en la postura en la que se lo coloca, o bien es necesario sostenerlo unos segundos antes de soltarlo. La catalepsia es normalmente parcial. Por último, las friegas conducen a la resolución muscular».

En último lugar, a las variedades del mismo grupo pertenecen también los ataques de *sonambulismo*.

En primer lugar remitiremos a los artículos *Somnambulisme naturel ou spontané* e *Hypnotisme* para el estudio de este síndrome propiamente dicho. En muchos casos, se trata evidentemente de una neurosis independiente (cf. la tesis de Chambard), pero en otros se trata de una forma de la neurosis que llamamos propiamente histeria; lo mismo ocurre en el caso de la catalepsia y del corea, que son incontestablemente neurosis diferenciadas pero en ciertos casos también pueden ser expresión y manifestación de la histeria.

Richer estudia sucesiva e independientemente: 1º) los casos en los que el sonambulismo aparece mezclado con posturas pasionales del gran ataque histérico, o las remplaza por completo; 2º) los casos en los que el sonambulismo no viene acompañado más que por algunos de los fenómenos que pertenecen a los cuatro periodos del ataque; 3º) los casos en los que el sonambulismo aparece con forma de accesos diferenciados en una enferma que, por otra parte, presenta ataques convulsivos o simplemente otros signos de histeria; 4º) en último lugar, los casos de ataque con complicaciones de sonambulismo y de catalepsia. Las observaciones que ofrece Richer para cada uno de estos grupos serían

suficientes para los que quisieran hacerse una idea más precisa de esta variedad de los ataques de sueño (cf. también la tesis de agregaduría de Barth y el libro de Yung).

j. *Ataque de catalepsia.* Como el sonambulismo, y aunque constituya una neurosis independiente, la catalepsia puede en ciertos casos constituir un síntoma de la histeria. Ya hemos dicho más arriba unas palabras sobre los fenómenos cataleptiformes que acompañan a ciertos ataques de sueño. La ingerencia de los fenómenos catalépticos puede tener más alcance: en tal caso queda constituido el ataque histérico de catalepsia que Richer ha estudiado, clasificando en tres categorías los casos que pertenecen a esta variedad.

Siguiendo su estudio, podemos en efecto distinguir: 1º) los casos en los que la catalepsia supone la complicación de las posturas pasionales del tercer periodo del ataque histeroepiléptico; 2º) los casos en los que los accesos de catalepsia van acompañados por fenómenos que pertenecen a los diferentes periodos del ataque histeroepiléptico; 3º) los casos, finalmente, en los que la catalepsia aparece con forma de accesos diferenciados en una enferma que, por otra parte, presenta ataques convulsivos o simplemente otros signos de histeria.

Esta enumeración basta para que el lector pueda analizar adecuadamente y clasificar los casos que pueda encontrar de esta variedad. En cuanto al resto, remitimos al artículo *Catalepsia* de este Diccionario.

D. *Consideraciones generales sobre los ataques de histeria; comparación de estas diversas variedades entre sí y con el gran ataque*. Para posibilitar la descripción, nos hemos visto obligados a separar completamente entre sí las diversas variedades de ataques de histeria y a hacer de ellas algo así como entidades independientes. En el fondo esto no responde a la realidad.

Junto a los tipos claramente definidos que nosotros hemos aislado de manera esquemática, en la realidad clínica se dan un gran número de formas de transición. Cada uno de los elementos cuya predominancia ha caracterizado uno de nuestros tipos, puede combinarse de mil maneras con los otros elementos del gran ataque y crear otros tipos fácilmente concebibles. Hay que hacerse a la idea de que pueden encontrarse nuevas variedades en las histéricas que se observen. Con la salvedad de que, en mi opinión, siempre será posible encontrar en estos cuadros particulares, mediante el análisis clínico y la diferenciación razonada, los elementos que hemos revisado en la descripción de más arriba.

Por otra parte, no solamente los diversos ataques pueden asociarse de mil maneras para constituir híbridos nuevos, sino que incluso se suceden y se remplazan mutuamente con frecuencia en la misma histérica. Tal enferma que, durante mucho tiempo, no haya tenido más que ataques de sueño, tendrá un buen día ataques de síncope y seguirá teniendo solamente ataques de síncope durante un cierto tiempo, para tener tal vez ataques convulsivos en una tercera fase de su vida patológica.

E incluso, más aún, en ciertos sujetos el ataque puede estar constituido habitualmente por la sucesión, regular o irregular, más o menos rápida, de distintas variedades. Así sucedía en la enferma de Armaingaud de la que volveremos a hablar, cuyo ataque estaba

constituido sucesivamente por sueño, asfixia local de las extremidades, neuralgias, etc. En otras, esta sucesión constitutiva del ataque es completamente irregular, y se ven crisis de delirio que suceden o preceden a crisis de convulsiones o crisis de sueño, alternar con las de contracturas, etc.

Así es como se concilian, en clínica, dos opiniones que parecen contradictorias y que pueden recibir los nombres de opinión antigua y opinión nueva sobre la histeria. En otro tiempo la idea de proteo, de camaleón, de variabilidad, de irregularidad dominaba de tal modo la historia de esta neurosis que no se veía en ella nada organizado, nada de científico, nada que fuese susceptible de una descripción precisa. Hoy día, sobre todo después de los notables trabajos de La Salpêtrière, se ha caído en la exageración contraria: se profesa de buena gana que la irregularidad y la variabilidad no se existen en la histeria más que para los ignorantes, que en realidad todo en ella está sometido a reglas fijas e invariables, todo es susceptible de una descripción científica y de una clasificación metódica; lo cual lleva a concluir que no se conoce médicamente la histeria más que desde hace veinte años.

En cada una de estas opiniones hay una parte de verdad y una parte de exageración. Es cierto que Charcot y su escuela han introducido en el estudio de la histeria el método científico y así han logrado precisar las características, sistematizar los síntomas de una manera sobresaliente; si acaso se ha encontrado cierta claridad en la descripción de los diversos ataques tal como la hemos ofrecido más arriba, se debe a que hemos seguido paso por paso la descripción de La Salpêtrière. Pero no por ello hay que creer que en clínica los casos son siempre tan simples y tan parecidos entre sí como nuestra descripción podría dar a entender.

El auténtico logro de La Salpêtrière es la descripción magistral del gran ataque de histeroepilepsia, de *hysteria major*. Constituye un tipo muy destacado, observado admirablemente, que se encuentra allí donde haya histéricas. Todos hemos observado casos, y en consecuencia sería injusto e inexacto decir que sólo se observan en La Salpêtrière.

Pero el momento en el que al conjunto de los clínicos les cuesta más seguir a Charcot, es cuando se quiere hacer de este gran ataque el prototipo *único* de todos los ataques de histeria. Sobre este aspecto me permito profesar una opinión algo distinta.

Ya hemos mostrado más arriba (p. 289) que el ataque de histeria común, llamada despectivamente y sin razones suficientes *hysteria minor*, no procede del gran ataque, no es una de sus variedades; es inútil repetir los argumentos aducidos. Las demás variedades (sincopales, de espasmos, etc.), que Richer ha hecho depender de una manera ingeniosa del gran ataque, me parecen, en su mayor parte, difíciles de considerar como meras modificaciones del ataque de La Salpêtrière.

Sin duda los elementos constitutivos son siempre los mismos; están comprendidos prácticamente todos en el gran ataque cuando es completo, y de tal modo es posible, exagerando un elemento, o suprimiendo otro, establecer la serie y la derivación, pero así se llega demasiado lejos. Por ejemplo, el delirio o las contracturas pertenecen al gran ataque, pero hay crisis de delirio o de contracturas en las que la filiación con el gran ata-

que resulta muy difícil de establecer. Hasta tal punto esto es cierto que nosotros hemos podido relacionar con el segundo periodo del ataque histeroepiléptico lo que Richer hace depender del cuarto. Por lo tanto, el asunto no queda claro. En efecto, hay formas de transición; eso es cierto, pero las asociaciones de los diversos elementos constitutivos entre sí son tan variadas y variables de una enferma a otra, que no es extraño encontrar ciertos casos que pudieran servir de transición. ¡Y también están las crisis de sueño, y las de sonambulismo! Para relacionarlas con el gran ataque hay que admitir la ingerencia de elementos nuevos; y esos elementos nuevos toman una importancia tal que en ciertos casos la crisis no tiene otra manifestación aparte de ellos. ¿Dónde está entonces el ataque de histeroepilepsia?

Sacaremos por lo tanto la conclusión de que todas las variedades de ataques de histeria guardan enormes analogías entre sí, afinidades muy completas, dado que pueden remplazarse mutuamente o sucederse en la misma enferma; pero es forzar las similitudes el hecho de querer reducir todas esas variedades a un solo tipo. Aun cuando el gran ataque, el ataque de La Salpêtrière, sea uno de los más identificables, uno de los más importantes, y ante todo el más completo de entre todas las variedades, es exagerar la simplificación nosológica el querer hacer de él el *prototipo único* de todos los ataques de histeria.

2. Síntomas al margen de los ataques (fenómenos fijos). Clasificaremos estos síntomas según las principales funciones del sistema nervioso y estudiaremos sucesivamente, desde este punto de vista, la motilidad, la sensibilidad, los vasomotores (trastornos circulatorios y secretorios) y las funciones psíquicas.

A. *Motilidad*. En este parágrafo hemos de revisar de manera independiente y sucesiva las convulsiones parciales, las contracturas y las parálisis.

a. *Convulsiones parciales*. También son necesarias aquí las subdivisiones, pues este tipo de fenómenos pueden observarse en el tubo digestivo, el aparato respiratorio, el aparato circulatorio, el aparto genito-urinario y los músculos estriados.

α. En lo referente al *tubo digestivo*, encontramos en primer lugar la sensación de bolo, que es producida por la convulsión del esófago, sin duda la más frecuente de todo este aparato.

Este fenómeno falta en pocas histéricas. Briquet lo ha encontrado en 370 de 400 ocasiones. Varía solamente de forma y de frecuencia.

Cuando es completo, la enferma nota un bolo que sube desde la fosa epigástrica hasta el cuello, y que se para ahí, oprime la garganta y produce una molesta sensación de constricción, de estrangulamiento; algunas veces el fenómeno del estrangulamiento se produce solo y en primer lugar; la enferma experimenta una sensación de ahogo, una opresión, igual que la que se siente en las emociones fuertes cuando se tiene miedo. E incluso, al margen de la histeria, esta constricción en la garganta

es un fenómeno nervioso muy frecuente. Es uno de los elementos más importantes del «miedo a las candilejas» de los actores y de la inquietud propia de los exámenes y las oposiciones.

Por otra parte, se dan diversos grados en esta constricción: 1) sensación de que se ha tragado un cuerpo extraño y que ha quedado parado en la faringe, que no se puede hacer que suba ni que baje; 2) sensación de dedos o de cuerda que aprietan el cuello; 3) estrangulamiento completo con imposibilidad de deglutir.

Algunas veces se da incluso una especie de miedo a los líquidos. A una enferma de Landouzy una miga de pan en un vaso de agua le producía convulsiones terribles. Algunas pacientes no son capaces de beber nada en absoluto; otras, por el contrario, no consiguen superar el espasmo si no es a fuerza de beber. Una enferma de Sauvages se sentía obligada, por cada trozo que tragaba, a beber un vaso de agua; para no ponerse en evidencia, durante más de un año se aislaba para comer.

Hipócrates y todos los antiguos, salvo Galeno, hasta Fernel, en el siglo dieciséis, atribuían este fenómeno de bolo a la elevación del útero. Este síntoma se produce esencialmente por contracciones peristálticas del esófago, que se producen de abajo hacia arriba y por una contracción circular de la faringe, a la vez que un espasmo de la laringe.

Bajando por el tubo digestivo, encontramos como convulsiones parciales, en lo que toca al estómago, los vómitos (hablaremos más tarde de los vómitos relacionados en las histéricas con la iscuria y la anuria).

En un primer grado de convulsión, el vómito no se produce, hay una mera contracción del estómago. La enferma siente en la fosa epigástrica una sensación de contracción profunda; el estómago se encoge. Algunas veces supone el origen y el momento de inicio del bolo; otras veces, todo se queda en eso.

En un segundo grado, el vómito es completo. El fenómeno es a veces pasajero, pero muchas más veces es persistente, y puede durar meses enteros. Y no obstante, en lo relativo a la nutrición se observa que la enferma se mantiene en buen estado, lozana y robusta hasta cierto punto, las fuerzas decaen un poco, pero el aspecto exterior no cambia. Bernutz cita un ejemplo de este tipo que se habría mantenido en este estado quince meses.

Algunas veces los vómitos son incoercibles y se producen después de cada comida. La defecación queda suprimida. Es preciso alimentar a las enfermas por medio de lavativas.

En este punto se plantea una importante cuestión que muchos autores han discutido, y que Briquet resuelve afirmativamente: ¿los alimentos rebasan la válvula ileocecal en sentido ascendente, y en consecuencia las enfermas pueden vomitar lo que les es administrado con lavativas?

El asunto resulta difícil de resolver a causa de la simulación de las enfermas. Para llamar la atención y parecer extraordinarias, son capaces de dedicarse a hacer todo tipo de actos inimaginables. Así, Jaccoud cita un caso de Nysten en el que el engaño fue descubierto: la paciente tragaba trozos de materias fecales que a continuación devolvía.

Barthez ha discutido esta misma cuestión a propósito de la *pasión iliaca*[62]. En todo caso, veamos un caso de Briquet muy curioso por la precisión de los detalles y el rigor con el que parece haber sido observado. Lo resumo sin comentarios.

Una histérica de veintisiete años, en un estado de somnolencia habitual, toma café y lo vomita. Se le administra café en lavativa: después de una media hora, experimenta malestar, cólicos, borborigmos, a continuación náuseas, y acaba por vomitar el café (alrededor de un tercio de la lavativa). Dos días después, el experimento se vuelve a hacer por completo y desde el principio delante de Briquet, que supervisa: vomita el café. Se modifica entonces el ensayo. Se le añade una gran cantidad de magnesio al café: el café es vomitado junto con trazas de magnesio. Sin advertírselo a la enferma, se le hace una lavativa con tintura azul de girasol: doce minutos después vomita la tintura de girasol, que había pasado a color rojo. Finalmente se le hace una lavativa con agua salada: un cuarto de hora después la enferma vomita un líquido en el que el nitrato de plata revela la presencia de grandes cantidades de cloruro.

El *intestino* también puede ser la sede de convulsiones sucesivas; los casos anteriores suponen ya una prueba de ello.

Los *borborigmos* se deben a una mezcla de convulsiones y parálisis: neumatosis[63] intestinal y avance ruidoso de los gases. A algunas histéricas el vientre les produce un ruido considerable que se puede oír desde cierta distancia y que constituye algo muy curioso. También a menudo se dan eructos muy gaseosos.

Otras veces se producen contracturas circulares en dos puntos del intestino, aprisionando gases y materias en el segmento comprendido, el cual forma una tumefacción limitada, extraña, que puede desplazarse. Son esas tumefacciones en movimiento las que han producido a Hipócrates y a Fernel la sensación de que el útero migraba. A veces van acompañadas de dolores muy intensos.

La *timpanitis*, que normalmente es de origen paralítico, también puede ser de origen convulsivo. Talma, en concreto, reconoce que se trata en este último caso de una contractura del diafragma que el cloroformo hace desaparecer bruscamente al ocasionar la resolución muscular. Cuando el arqueamiento del abdomen, en lugar de ser general, está localizado, la manifestación depende de un espasmo limitado a ciertos músculos de las paredes. Como señala J. Bex, esta interpretación se enseña en Francia desde hace mucho tiempo.

β. En el *aparato respiratorio* estudiaremos en primer lugar los *trastornos vocales*.

Las convulsiones cortas de los músculos de la laringe y del tórax dan lugar a una especie de grito más o menos agudo. A veces estas convulsiones se prolongan y cuentan con una

62. Desde HIPÓCRATES, se conocía como *pasión iliaca* un cuadro de abdomen agudo muy doloroso, muy grave y con vómitos incoercibles. Se correspondería con lo que hoy se entiende como oclusión intestinal.

63. Neumatosis: presencia de aire o gases en cantidades importantes en puntos del organismo donde normalmente no los hay o sólo escasamente. Es término muy general e impreciso.

especie de coordinación, lo cual produce un grito sostenido particular que parece propio de ciertos animales: ladrido, gañido propio de los perros, maullido del gato, rugidos, cloqueo de las gallinas, gruñido del cerdo, croar de las ranas.

La aparición de estos gritos es más o menos frecuente, algunas veces periódica y regular.

La imitación tiene una influencia especial aquí. Una muchacha histérica tenía un espasmo respiratorio de este tipo; tras unas cuantas horas de estancia en el campo, imitaba el ladrido de los perros de corral. Itard cuenta que, en un internado, una muchacha lanzaba gritos levantando los hombros al oír la campana del centro. En poco tiempo otras alumnas presentaron la misma manifestación. Las hicieron volver a sus casas, donde sanaron pronto. La primera sanó por la vergüenza que sentía al gritar en público: la hicieron pasar tiempo en la calle y en medio de la gente.

En los diferentes autores podrá encontrarse la historia de varias epidemias de ladridos. Una muchacha que ladraba como un perro provocó que ladrasen cuatro de sus compañeras en la misma sala del hospital principal de París. En Oxford, una epidemia de ladridos comenzó con dos familias en las que cinco hermanas se vieron afectadas.

También se observan convulsiones que afectan al propio *acto respiratorio*. De este tipo es el *asma*, *asthma uteri* de los antiguos; también lo es el *hipo*, que normalmente es muy particular y ruidoso; incluso puede resultar molesto a las personas cercanas; se han descrito epidemias de hipo y verdaderos casos de contagio. También son de este tipo los *estornudos* y los *bostezos*.

Brodie cita dos casos curiosos en los que había accesos de estornudo. En una de las enfermas las crisis se producían una vez por semana, y cada vez tenía un centenar de estornudos; el flujo que caía de la nariz bastaba para empapar por completo un pañuelo.

Más recientemente, Souza Leite y Féré han insistido en estos estornudos neuropáticos. Yo mismo he observado un caso notable.

Souza Leite ha contado los estornudos en diversas crisis y ha encontrado cifras variables: 32, 37, 40 en un minuto; 100, 95 en tres minutos; 161, 149 en cinco minutos. En el espacio de veintidós días la enferma había tenido 16.195 estornudos, es decir, una media de 163 por día.

Se han señalado igualmente *risas* y *llantos*, con un carácter francamente convulsivo y sin relación con alegría alguna. Houllier menciona las hijas de un magistrado de Ruán afectadas de una risa tonta/floja que duraba una o dos horas. Entonces la madre y otros parientes llegaban, y al verlas así se ponían a reír involuntariamente ellos también; pero pronto paraban, exhortaban a las enfermas, las reprendían, las amenazaban. El padre lloraba, no había manera de hacer que parasen; las muchachas seguían riendo y aseguraban que no podían evitarlo.

Briquet ha visto también una enferma que estaba afectada por accesos de risa involuntaria que ni siquiera la tristeza conseguía evitar; muchas veces le sucedía que reía cuando tenía ganas de llorar, y a veces reía y lloraba casi al mismo tiempo. Aunque experimentase sentimientos de profunda devoción, se veía afectada por este espasmo inextinguible en la iglesia durante los oficios.

Mencionaré finalmente la *tos* histérica, ya descrita por Sydenham, y estudiada de nuevo por muchos autores, Lasègue entre otros. Este fenómeno sería más frecuente en las jóvenes histéricas que en la mujeres que superan los treinta años. Nunca constituye un fenómeno primitivo; apenas se encuentra en otros casos que en los de histeria confirmada.

Se produce por causas diversas: laringitis o bronquitis, retirada de la regla, excitación respiratoria a causa de un paso forzado, por respirar un aire cargado de humo; otras veces aparece sin causa identificable. Constituye un síntoma exasperante, muy difícil de sobrellevar, incluso para los enfermeros. Algunas veces continua e incesante, no da respiro más que por la noche. Tiene lugar la mayoría de las veces en accesos de varias horas, a menudo irregulares, a veces periódicos.

La enferma experimenta en primer lugar un cosquilleo muy molesto en la garganta, una comezón, después comienza la tos, con un sonido áspero, penetrante, siempre igual en la misma enferma. No viene acompañada por ninguna expectoración, no se corresponde con ningún signo de auscultación, salvo por cierto silbido que a veces se produce en la expiración. La tos cesa casi siempre durante la noche: esta característica es importante.

Después de un tiempo que varía entre algunos meses y uno o dos años, la tos desaparece, a veces gradualmente, la mayoría de modo brusco, tras una conmoción emocional, por ejemplo.

A veces resulta difícil pronunciar el diagnóstico en contraposición con la tisis en su periodo inicial. Como dice Bernutz, a veces la anemia es grave, ocasiona ahogos y palpitaciones ante el menor esfuerzo, se dan trastornos dispépticos, puntos de hiperestesia en el pecho y a lo largo de la espina dorsal, a veces incluso accesos de fiebre errática. Los trastornos menstruales pueden ocasionar hemoptisis complementarias o suplementarias, y en este momento podrán observarse estertores crepitantes y oscuridad respiratoria bajo la clavícula. Bernutz cita dos observaciones de este tipo en las que se podía presumir perfectamente la presencia de tubérculos.

γ. En lo que concierne al *aparato circulatorio*, las enfermas experimentan *palpitaciones* que aparecen las más de las veces en forma de crisis que pueden prolongarse mucho tiempo. Los latidos cardiacos suben hasta 120 ó 160 pulsaciones, a menudo presentando irregularidad. No hay nada relevante ante un examen físico directo, salvo, algunas veces, un ruido algo más intenso.

Las contracciones del corazón son a veces muy fuertes. Llegan a mover la cabeza del médico. En otras enfermas, por el contrario, pueden ser muy débiles y en la auscultación provocan una especie de sensación comparable al de un ratón que araña las paredes de su jaula. En ciertos casos, finalmente, la enferma siente dolores neurálgicos concomitantes.

δ. Algunos fenómenos pueden corresponder al *aparato genito-urinario*. Así, el *cuello vesical* suprimirá la evacuación de orina; se trata de un estado que hay que distinguir adecuadamente de la iscuria por disminución de secreción: se resolverá la cuestión haciendo que el enfermo orine con la sonda.

La *vejiga* puede tomar parte en las convulsiones: durante las crisis, o por influjo de una emoción, la orina escapa de manera involuntaria.

Las convulsiones de los *uréteres* pueden tener lugar, y ser muy dolorosas, simulando cólicos nefríticos.

A veces los *esfínteres*, en último lugar, son sede de los espasmos; la defecación y el tacto rectal resultan imposibles. Un fenómeno análogo en la vagina es el que constituye el *vaginismo*.

ε. También los *músculos estriados*, en algunas enfermas, constituyen la sede de convulsiones parciales que pueden tomar forma coréica o forma de temblor.

El *corea* ha sido constatado en 21 casos de 430. Por lo general, no se trata del corea común, sino normalmente de una forma de corea rítmico.

Algunas veces se observan movimientos de flexión y de extensión del cuerpo; este fenómeno ha sido señalado en ciertas epidemias. Otras veces las enfermas presentan diversos tics: guiños, nistagmo, corea rotatorio, reverencias, movimientos incesantes de los hombros que llegan al punto de desgastar la ropa.

De corta duración la mayoría de las veces, estos movimientos perduran a veces durante meses o incluso años. Bernutz indica que en estos casos la piel puede quedar dañada por la fricción, y se observa que tienen lugar accidentes generales. Del mismo modo, todo puede desaparecer bruscamente.

Bernutz menciona a una señorita cuyo miembro inferior era la sede de una convulsión regular que se producía 30 veces por minuto: se trataba de una flexión forzada seguida de una extensión brusca que llevaba al pie hasta el contacto con la frente, que se tuvo que proteger con paños para evitar las contusiones. Esta situación duró varios meses, resistiendo a todo tipo de tratamiento, y después desapareció bruscamente un día, tras un sobresalto.

Charcot ha mencionado un caso análogo en una reciente lección clínica sobre el *corea rítmico histérico*.

Vemos, dice, cómo «la frente se dobla con fuerza hacia el pubis, arrastrando a la cabeza, que se inclina hacia el pecho, y hay un momento en el cual entre la frente y la rodilla derecha no distan más de 50 centímetros, que en ese lapso se encuentra en posición de extensión forzada, a continuación la cabeza y el tronco se enderezan, describiendo una trayectoria que parece un semicírculo recorrido ahora en sentido inverso al movimiento de flexión, de modo que al final la espalda y después el occipucio se desploman sobre la almohada; casi inmediatamente este movimiento de flexión vuelve a empezar, seguido en poco tiempo por el movimiento de extensión, y así sucesivamente. Se podría decir que se parece a una reverencia profunda y repetida, que resulta ridícula precisamente por su repetición y su exageración».

En otras histéricas se observan *temblores*. Este fenómeno nunca es continuo. Son accesos muy fáciles de provocar, sobre todo en mujeres de carácter medroso, y especialmente en las que han sido maltratadas en su juventud.

En este grupo también hay que situar las *sacudidas* que la escuela de La Salpêtrière ha descrito en las histéricas; Briquet y Landouzy no las habían mencionado. Por lo demás,

este elemento, si bien es frecuente en la histeria, no le es exclusivo en modo alguno, pues no es extraño encontrarlo en los epilépticos, al menos en las mujeres epilépticas.

b. *Contracturas*. Pomme fue el primero en hablar del acortamiento de las extremidades en la parálisis histérica. Estas contracturas han sido muy bien estudiadas en estos últimos tiempos por Charcot y sus alumnos, especialmente Bourneville y Voulet.

No se trata de un fenómeno del comienzo; generalmente no aparece más que en la histeria consolidada, normalmente después de las parálisis y las anestesias, y, en este caso, las contracturas afectan a los miembros paralizados, como ocurre con las lesiones cerebrales.

A veces se observan signos precursores en el miembro que va a sufrir la contractura: hormigueos, entumecimiento, calambres, sensaciones dolorosas, pero las más de las veces el comienzo es totalmente repentino. Estos elementos presentan por lo demás diversas formas clínicas: hemiplejia, parapléjica o circunscrita.

En el tipo hemipléjico, el brazo se encuentra la mayoría de las veces flexionado, algunas veces, pero con menos frecuencia, en extensión. En este último caso, se mantiene rígido junto al cuerpo. O incluso está extendido y en aducción; la enferma lo pone detrás de la espalda retorciéndolo, de tal modo que la torsión puede llegar a producir incluso una luxación en el hombro. El miembro inferior está normalmente extendido, con pie equinovaro, que es el auténtico pie histérico, con la planta hacia dentro.

A continuación, se dan ciertas formas excepcionales. Así, Lasègue ha visto extremidades inferiores flexionadas hasta tal punto que las rodillas llegaban a tocar el mentón.

En el tipo parapléjico, el comienzo se da a veces en un miembro, y después la contractura alcanza al otro. Se trata del tipo completo de extensión y aducción extremas: las rodillas están juntas y no es posible separarlas.

Por último, la contractura puede afectar a los cuatro miembros, también según los mismos tipos.

Frente a estas contracturas con mayor o menor extensión que encontramos en las histéricas, nos faltan por tratar las contracturas parciales que afectan a diversos grupos musculares.

Normalmente provocadas por una excitación sensible más o menos fuerte, se las puede considerar como reflejos exagerados y permanentes. Por ejemplo, una muchacha histérica se le mete un grano de arena en ojo mientras juega: inmediatamente tiene lugar una contractura del orbicular de los párpados que dura tres meses. Otra enferma se pincha el índice con una aguja: el dedo permanece flexionado en forma de gancho durante meses. Esta causa también puede no existir.

A veces la contractura afecta a la mitad de la cara y uno cree que se da una parálisis en el lado opuesto: Moutard-Martin ha señalado un error de este tipo. Landouzy ha encontrado trismo en dos ocasiones. Briquet ha observado la contracción de los músculos de la lengua, que se queda rígida, inmóvil, y situada permanentemente fuera de la boca.

Charcot ha constatado una contractura simultánea de la lengua y del velo del paladar (volveremos a este caso un poco más adelante, cuando nos ocupemos de la participación

de la cara en la hemiplejia histérica, para comentar las características y el valor semiológico de estas contracturas semilaterales de la cara).

También existe un tortícolis histérico. Boddaert, Charcot y otros han descrito un pie histérico, pie equinovaro aislado.

Galezowski también ha observado en ocasiones contracturas en diferentes músculos del ojo, entre otros en el orbicular o en los músculos rectos, externos o internos al globo. La contractura, en estos casos completamente excepcionales, puede alcanzar a los músculos del iris y los de la acomodación, y conllevar en consecuencia modificaciones notables en la naturaleza de la visión.

Hay que hacer una mención especial a las contracturas periarticulares que vienen acompañadas de dolores agudos, y que aparentan ser artritis tuberculosa crónica acompañada de inmovilidad dolorosa de la articulación. Este síntoma, que se presenta sobre todo en la cadera y parece ser coxalgia, es de una gran importancia clínica.

Fue Brodie el primero en distinguir de las auténticas afecciones articulares, inflamatorias, un cierto número de artropatías que designó con el nombre de enfermedad articular histérica. Los ingleses estudiaron con detenimiento estos casos, a los que Page calificó con el nombre de simulación nerviosa de afecciones orgánicas. En Francia, se ha estudiado sobre todo la coxalgia histérica, y Blum ha resumido con gran claridad la situación actual de la cuestión en su tesis de agregaduría (1875).

Se trata de simples contracturas musculares dolorosas, que parecen una auténtica artropatía; pertenecen la mayoría de las veces a una histeria confirmada e inveterada, a grandes ataques, con múltiples manifestaciones anteriores. Raras veces el fenómeno es primitivo.

Las articulaciones afectadas más a menudo son: ante todo la cadera, y también la rodilla, la mano, el pie y el hombro.

El comienzo se da normalmente de forma súbita. Tras una o varias crisis, la contractura queda establecida de manera repentina. Otras veces el dolor empieza a la altura de la articulación, punzante, palpitante, penetrante. Pero, y esta es una característica importante, no altera nunca el sueño y reaparece al despertar con una intensidad renovada.

Se sitúa usualmente en el lado interno de la articulación y se propaga a lo largo del miembro. A menudo se consigue aliviar por medio de una presión fuerte y empeorar por medio de una ligera. Algunas veces la piel está hiperestesiada. Cuando se presiona una superficie articular contra otra no se provoca dolor.

Simultáneamente, la articulación queda inmovilizada por las contracturas: cualquier movimiento resulta imposible, voluntario o provocado; el miembro rígido adopta una postura fija. La aparente longitud del miembro puede incluso haber disminuido en apariencia.

El cloroformo hace que desaparezcan las contracturas, pero éstas reaparecen desde el momento en que la enferma vuelve en sí, y resulta imposible aprovechar el periodo en que duerme para mantener de manera definitiva los miembros rectos. Blum refiere un caso de Le Fort muy curioso desde este punto de vista.

Una enferma presenta una coxalgia histérica; se le administra cloroformo y mientras duerme se prepara una escayola que deja el pie libre; al despertar, el pie se tuerce en

posición de varo exagerado. Se prepara una escayola que cubre toda la extremidad: no resiste a la fuerza de los músculos y una nueva contractura, semejante, aparece de nuevo. Un mes y medio después, nueva cloroformización y nuevo enderezamiento; colocan a la paciente en una férula de Bonnet. Un año después se le retira el aparato: la contractura vuelve a aparecer. Un tiempo después, se coloca de nuevo una escayola mediante vendas de silicato, también durante cloroformización; se retira dos meses después: la contractura reaparece. Un mes más tarde, se coloca otro aparato con refuerzos metálicos en forma de T; resulta imposible que el miembro se desvíe: la enferma siente fuertes dolores en los músculos contracturados. Un día esos dolores desaparecen de golpe; se retira el aparato tras esperar cierto tiempo: la contractura había sanado, con excepción del pie, no obstante.

Se trata sin duda de un resultado que, por muy bueno que haya llegado a ser, puede ser considerado sin relacionarlo en modo alguno con los aparatos de inmovilización.

Señalemos, para terminar la descripción de estas contracturas periarticulares, que no hay enrojecimiento, ni calor, ni hinchazón.

También pueden observarse contracturas en los músculos lisos: los espasmos que ya hemos visto llegan a ser permanentes en lo que toca al esófago, la vejiga, etc. Los antiguos aceptaban incluso la existencia de una ictericia vaporosa causada por contractura del canal colédoco.

Cuando las contracturas afectan a los miembros, vienen acompañadas generalmente por trepidación epileptoide, por esos fenómenos tendinosos que se encuentran en la esclerosis lateral. Este hecho ha sido señalado por Charcot, incluso en casos en los que las contracturas han desaparecido a continuación totalmente y sin dejar rastro.

Estas contracturas pueden durar mucho tiempo, meses e incluso años, algunas veces hasta indefinidamente. Pero el acontecimiento más destacable de su historia es la desaparición súbita, inmediata, que tiene lugar, a veces sin razón aparente, después de un periodo de tiempo verdaderamente desproporcionado. Para ilustrar mejor el asunto, pondré como modelo la historia de una enferma célebre de Charcot, Etch….

La enfermedad comienza a los treinta y cuatro años por medio de un ataque convulsivo epileptiforme; las crisis se suceden a partir de este momento. A los cuarenta años aparecen fenómenos permanentes (dolor ovárico y retención de orina). En octubre de 1868, hemiplejia. En 1869 la contractura aparece en el miembro inferior y se extiende algún tiempo después al miembro superior. En el momento en el que Charcot pronunciaba sus lecciones, presentaba una contractura hemipléjica típica.

El 21 de mayo de 1875, seguía teniendo una contractura del miembro inferior derecho y de los miembros del lado izquierdo, que databan de hacía seis años; desde hacía cerca de un año se había sumado una contractura de las mandíbulas que requería del uso de la sonda esofágica. Simultáneamente, se daban otros fenómenos histéricos.

El 22 de mayo, a las siete y cuarto de la tarde, tiene lugar un ataque con contracturas de los músculos del lado izquierdo del cuello, que llevan al mentón detrás del hombro de este lado. La enferma grita; la contractura de las mandíbulas había desparecido. Se revuelve, intentan contenerla: con su brazo libre repele a quienes la sujetan. Quiere ir a

la ventana para tomar aire: como se oponen, su cólera aumenta, y bajo el efecto de ello se observa cómo ceden sucesivamente la contractura de la pierna derecha, después la de la izquierda, y finalmente la del brazo izquierdo. Dejan que Etch… se levante; logra caminar: a las ocho la curación era completa.

Charcot cita otros tres casos. En uno de ellos se daba una contractura de un miembro inferior que databa de hacía al menos cuatro años; la enferma recibió una enérgica reprimenda por mala conducta; se la amenaza con echarla, y todo desaparece. En la segunda, la contractura de un miembro que existía desde hacía más de dos años desparece tras una acusación de robo. En la tercera, finalmente, una contractura hemipléjica que persistía desde hacía dieciocho meses, desaparece tras un fuerte desengaño.

c. *Parálisis*. Hipócrates habla de una muchacha que, como consecuencia de una tos sin importancia, sufrió una parálisis del miembro superior derecho y del miembro inferior izquierdo, sin alteraciones en la cara ni en lo que concierne a la inteligencia; sana pronto, simultáneamente a la aparición de la regla. Se trata, con gran seguridad, de un caso muy antiguo de parálisis histérica.

Se encuentran una serie de menciones de este fenómeno en diferentes autores, y después cae en el olvido. Es Wilson, en 1839, y a continuación Macario, en 1844, los que reanudan este tema.

Se trata, además, de un síntoma frecuente. Landouzy lo encuentra en 40 de 870 casos, Briquet en 120 de 430: se la hallaría, por lo tanto, en más de una cuarta parte de las histéricas.

Muchos autores (Landouzy, Macario, Gendrin, Leroy d'Étiolles) han considerado que la parálisis se desarrolla siempre tras un ataque convulsivo. Piorry ha pretendido incluso sacar toda una teoría de esta circunstancia: atribuye la parálisis al declive del flujo nervioso que se produce durante las crisis. La teoría y los propios hechos sobre los cuales pretende apoyarse son falsos por igual. La parálisis tiene lugar a menudo al margen de cualquier ataque.

En la mitad de las enfermas, Briquet ha visto que la parálisis aparece mucho tiempo después de los ataques, y a veces incluso sin ningún tipo de ataque anterior. Yo he observado a una muchacha, de la que volveré a hablar, en la que una paraplejia braquial histérica apareció bruscamente sin ataque convulsivo de ningún tipo. Además, las mujeres que tienen ataques no convulsivos (letárgicos, comatosos, etc.) son tan susceptibles de padecer las parálisis como las demás. El gasto nervioso no tiene la menor influencia.

A menudo los episodios se desarrollan después de una conmoción moral brusca. Una histérica, por ejemplo, recibe de manera inesperada la noticia de la muerte de su madre: al instante las piernas empiezan a temblar, ceden, queda parapléjica. Una muchacha sube por la noche por una escalera sin iluminar; horrorizada, siente el impulso de gritar y salir de ahí: vacila, se cae, y queda paralítica.

Algunas veces el fenómeno viene ocasionado por fatiga, una caminata exagerada, un traumatismo. Vemos que se desarrolla en trabajadoras en situación de aprendizaje forzado, en sirvientas con sobrecarga de trabajo, en campesinas durante la época de la cosecha, etc. La muchacha de la que hablaba hace un momento y que he observado, era modista;

se pasaba noches enteras trabajando y hacía grandes excesos de trabajo para alimentar a su necesitada familia; sintió de golpe un dolor entre los hombros/omoplatos y sus dos brazos quedaron paralizados.

Otras veces la parálisis aparece al mismo tiempo que desaparece bruscamente otro fenómeno histérico.

El comienzo es o bien rápido o bien gradual. En el primer caso, todo sucede como si se tratase de una hemorragia cerebral, salvo por la pérdida de conocimiento, o bien como si fuera una hemorragia de la médula (es lo que ocurrió en el caso de nuestra enferma). Si por el contrario el comienzo es gradual, la enfermedad se va anunciando con fenómenos de hormigueo, entumecimiento, etc.

Una vez manifestada, la parálisis presenta diversos grados: 1º) se trata de un simple entumecimiento, los miembros están torpes y han perdido movilidad; 2º) la contractilidad muscular ha disminuido, lo cual reduce la fuerza y la precisión de los movimientos; 3º) la debilidad motriz, más acentuada, todavía permite efectuar movimientos de piernas en la cama, pero en casi ningún caso caminar; resultan imposibles los movimientos cargando cierto peso; 4º) en último lugar, la parálisis es completa; este último caso es infrecuente. Briquet no lo ha constatado más que en ocho o diez ocasiones.

Duchenne ha formulado el principio de que en las parálisis histéricas la reacción eléctrica sigue siendo normal ante los dos tipos de corriente. La proposición, en líneas generales, es cierta. Hay algunos casos excepcionales que por lo demás van acompañados de atrofia, y en los cuales, como consecuencia, puede suponerse que existe una lesión subsiguiente. Lo normal es, evidentemente, que se conserve el estado eléctrico normal, incluso pasados los años.

Estas parálisis van acompañadas normalmente por anestesia cutánea e incluso muscular. Las enfermas no sienten las contracciones, aun cuando es la electricidad la que las produce.

La parálisis aparece, desaparece y vuelve a aparecer, a menudo sin causa aparente. Una enferma de Briquet sufría ese tipo de alternancias con una gran frecuencia. Caminaba, luego se sentaba, y después, sin motivo, ya no podía levantarse. Quedaba paralizada entre media hora y seis meses, y después, también sin motivo, todo desaparecía, para volver a aparecer un poco más tarde. La modista ya mencionada quedó liberada de su parálisis braquial a causa de un ataque convulsivo; durante los días de la siguiente regla se vio afectada por una paraplejia, de la que se repuso a continuación a causa de la emoción producida por una sesión de electrificación farádica.

El foco lesional[64] de la parálisis también puede variar de un modo brusco. En una mujer, una hemiplejia izquierda desaparece; queda remplazada por una hemiplejia derecha. En otras, la parálisis afecta sucesivamente el brazo, la pierna, la laringe, el diafragma, etc.

De ello resultan diversas formas clínicas. La parálisis puede afectar a un lado de la cara, pero es muy poco frecuente. Algunas veces puede alcanzar sólo a un miembro

64. Entiéndase en un sentido funcional.

o una parte de un miembro, en todas las combinaciones posibles. En lo que toca a los miembros, las formas más habituales son la hemiplejia y la paraplejia, pudiendo ser esta última braquial (poco frecuente); también puede extenderse a los cuatro miembros.

En lo que atañe a la laringe, se constata afonía. Este hecho ya era conocido por Hipócrates, que había señalado casos de pérdida súbita del habla, los cuales se resolvían en una orina clara y abundante. Todo el mundo sabe que una emoción puede privarle a uno de la palabra: *vox faucibus hæsit*[65]. La histeria provoca la persistencia de este estado. En general, y por lo demás, los fenómenos histéricos no son más que la exageración de los fenómenos producidos por una impresión fuerte. La afonía aparece y desaparece a menudo de una manera brusca.

Duchenne ha señalado en ciertos casos la parálisis del diafragma. También se puede observar: en referencia a la vejiga, la retención de orina; en referencia a la faringe y el esófago, la disfagia (poco frecuente y sólo tras convulsiones repetidas de estos órganos); en referencia al intestino, puede encontrarse en Broquel esta extraña afirmación, reproducida textualmente por Bernutz: que no se da parálisis entre el estómago y el recto. Se trata de un error. La timpanitis, por el contrario, es un fenómeno de este tipo. Por parte del recto, pueden darse la incontinencia o el estreñimiento. El corazón presenta a veces síncopes (ya hemos hablado de los mismos).

La duración de las parálisis es muy variable y a menudo muy larga. La resolución puede ser gradual; en tal caso tiene lugar bajo la influencia de la vuelta de la menstruación o de la desaparición progresiva de la propia histeria. Pero la mayoría de las veces la resolución es repentina y tiene lugar como consecuencia de una impresión.

Así, Briquet recibe en consulta a una enferma afectada por una parálisis histérica; redacta junto con su colega un examen con pronóstico favorable: cuando sale, se pone a andar. Una paraplejia había sido tratada sin resultados desde hacía varios meses: se emplea la nuez vómica, que produce ciertos sobresaltos. La convencen de que es un indicio de que va a recuperar el movimiento, y consigue andar. En nuestra enferma, la influencia, sobre todo psíquica, de la electrización, provocó la desaparición de la paraplejia; un ataque convulsivo había hecho que sanase la parálisis de los brazos.

d. *Parálisis histerotraumáticas*. Ya que los trabajos recientes han hecho de las parálisis histerotraumáticas una especie de tipo clínico diferente, con caracteres sintomáticos bien definidos, vamos a añadir aquí su descripción, siguiendo paso por paso la tesis de Brevez, que refleja fielmente la enseñanza de La Salpêtrière sobre este asunto.

Ya hemos dicho que existían parálisis fláccidas, parálisis con contracturas y contracturas dolorosas o artralgias.

---

65. «Su voz se quedó pegada a la garganta», o incluso «quedó mudo de asombro», extraído al parecer de dos pasajes de la *Eneida*: II, 774 y III, 48. La expresión francesa que utiliza Grasset se acerca mucho más que el castellano a la literalidad de la cita latina: «*une émotion étrangle la voix*», literalmente: «sofoca (o ahoga) la voz» (N. del T.).

La monoplejia braquial fláccida es la más frecuente: «El brazo queda inerte estirado junto al cuerpo, su postura viene condicionada por la gravedad; da la sensación de que la mano estuviese lastrada por un peso muy grande, lo cual sucede al mismo tiempo que un aplanamiento del hombro. No se dan movimientos espontáneos, el brazo paralizado es un auténtico cuerpo extraño sobre el cual no tiene ninguna influencia la voluntad. Los movimientos del tórax arrastran este brazo de igual modo que una manga suelta, de manera que el miembro puede verse proyectado hacia la parte delantera del pecho o por detrás de la espalda. Si levantamos el brazo, cae todo entero y de una pieza como los miembros de un comatoso. El reflejo del bíceps y de los tendones de la muñeca sigue siendo normal mientras dura la parálisis. La sensibilidad está anulada en todas sus formas: anestesia cutánea limitada en el lado del tórax por una línea que corta la clavícula en la unión entre el tercio externo y los dos tercios internos, continúa por el tercio externo del pectoral, y pasa por debajo de la fosa de la axila para volver a alcanzar la clavícula tras haber seguido el borde axilar del omóplato (a veces son zonas con una sensibilidad normal). Anestesia profunda completa. La sensibilidad muscular está anulada; el enfermo sólo tiene conciencia de su miembro en la misma medida en que la tendría de un cuerpo extraño cuyo peso resulta molesto y se deja sentir en la porción de tórax que ha conservado la sensibilidad».

En la monoplejia crural, «el enfermo, echado sobre la cama, no puede realizar ningún movimiento con la pierna correspondiente: caminar resulta imposible sin apoyo y, cuando el enfermo avanza con muletas, el miembro inferior cuelga inerte y lo arrastra tras de sí; sigue, por así decir, a la cadera a la que está ligado y raspa el suelo unas veces con la punta, otras con el borde externo del pie. Los reflejos rotulianos se mantienen o se ven disminuidos. La supresión de la motilidad viene acompañada por una desaparición de la sensibilidad cutánea y de la profunda; se podrían doblar las articulaciones hasta desgarrar los ligamentos sin ocasionar ningún dolor. La anestesia cutánea (pinchazo, pellizco, frío) es destacable por su distribución: sigue en efecto el pliegue de la ingle, alcanza la espina iliaca anterosuperior, sigue por la cresta iliaca, el pliegue glúteo, el rafe perineal, y vuelve al extremo interno del pliegue de la ingle, dejando fuera el sacro y los órganos genitales. La sensibilidad muscular ha quedado completamente anulada, y esto constituye una característica de primer orden. El enfermo pierde su miembro en la cama, ignora las posiciones en que alguien coloca la pierna, la cadera y los dedos de los pies cuando tiene los ojos cerrados. Para tocar el pie del lado paralizado con la mano, tiene que ir tanteando el tronco, y después el muslo y la pierna, que le sirven de hilos conductores».

La paraplejia está constituida por dos monoplejias crurales, que responden, cada una de ellas, al modelo anterior. La hemiplejia resulta de la asociación de una monoplejia braquial y de una monoplejia crural en el mismo sujeto. En este último caso, la cara permanece indemne como generalmente ocurre en la hemiplejia histérica.

En último lugar, la monoplejia puede estar aún más restringida y limitarse a un segmento del miembro. En tal caso existe una «impotencia funcional de la porción subyacente a la articulación afectada y anestesia limitada por una línea recta análoga a una línea de amputación». Esta distribución de las alteraciones es digna de ser destacada.

Los trastornos, bien motores, bien sensitivos, no responden a ninguna distribución nerviosa, parecen disponerse alrededor de una articulación y se establecen como parálisis segmentarias asociadas.

Me tomo la libertad de señalar de pasada que este fenómeno de la distribución de los anestesiados por segmento de miembro y no por sección nerviosa me sorprendió en 1880 cuando estudiaba el efecto estesiógeno de los vesicatorios (*Journal de thérapeutique y Montpellier médical*, t. XIV). «No hay ninguna relación aparente entre la sensibilidad en buen estado y las diversas secciones nerviosas», decía yo explícitamente; y en las conclusiones: «La evolución de la sensibilidad presenta particularidades muy curiosas cuando surge y cuando desaparece. De manera general, *no se produce en modo alguno siguiendo la distribución anatomofisiológica de los territorios nerviosos. Tiene lugar por miembros o segmentos de miembros*»[66]. Y, como explicación fisiológica de este extraño fenómeno, comparaba esto con «las observaciones de Munk y otros que pretenden que en la corteza cerebral existen zonas que responden precisamente a los segmentos sensitivos más importantes que hemos establecido (miembro superior, miembro inferior, etc.)».

Para terminar esta descripción de las parálisis fláccidas histerotraumáticas, añadamos algunas características más, también señaladas por Berbez: la persistencia de la excitabilidad eléctrica (fenómeno estudiado por Vigouroux y constatado ya por nuestro antiguo interno Estorc), y en último lugar una sorprendente facilidad de los músculos fláccidos a responder de un modo casi exagerado a las excitaciones mecánicas. «Golpear los tendones de manera prolongada durante cierto tiempo, un masaje algo prolongado, la aplicación de una venda circular en el medio del antebrazo, tienen como consecuencia una contractura en los músculos, sea desde la primera sesión, sea tras dos o tres sesiones en los casos de los enfermos resistentes». También pueden sumarse a estos los trastornos tróficos: atrofia muscular (Babinski), hipotermia y piel de color violáceo.

La parálisis con contractura es menos frecuente. La postura del miembro varía según predomine la contractura en los extensores o en los flexores. Es el tipo de la flexión el que es más frecuente y el que nosotros hemos observado en esa histérica que se había roto una aguja de jeringuilla hipodérmica en la eminencia tenar. En el miembro inferior, a menudo el pie es equinovaro, y la rodilla queda a menudo flexionada. Sea cual sea la predominancia, ambos grupos de músculos (extensores y flexores) están afectados en cualquier caso, es decir, que la articulación queda inmovilizada tanto para un movimiento como para el otro. La mayoría de las veces (si la contractura no es muy fuerte) se da una exageración de los reflejos tendinosos e incluso trepidación espinal. A veces hay hiperestesia completa y profunda del miembro contracturado (con algunas zonas irregulares de sensibilidad normal). Paralelamente, se han observado trastornos tróficos: descamación epidérmica, atrofia muscular o crecimiento anormal de las uñas.

Si el dolor viene a sumarse a la parálisis y a la contractura, tenemos artralgia, con la que nos volveremos a encontrar más adelante.

66. Dicho en términos actuales: no sigue las leyes fisiopatológicas que rigen en el organismo, sino la idea que el sujeto tiene del funcionamiento de su *cuerpo*, es decir, el organismo subjetivizado.

B. La *sensibilidad*, al igual que la motilidad, puede verse alterada en los dos sentidos, resultando de ello hiperestesias y anestesias.

a. *Hiperestesias*. α. La *piel* puede quedar afectada. La *dermalgia*, sin embargo, no es un fenómeno muy frecuente. Se encontraría en 1/10 de los casos. Es un síntoma que resulta conveniente conocer desde el punto de vista del diagnóstico diferencial.

La intensidad es variable, desde una simple exageración de la sensibilidad en ciertos momentos, especialmente durante las tormentas, hasta el hecho de no poder tolerar ninguna presión ejercida con el dedo, que a la enferma le produce la sensación de un pinchazo con múltiples agujas en haz. Algunas veces la hiperestesia está circunscrita a ciertos puntos, encontrándose en otros la anestesia, o bien los dos fenómenos se alternan en la misma zona, o incluso están agrupados en los mismos puntos. Así, en nuestra enferma, se daban anestesia positiva (no identificaba los objetos) con hiperestesia (hiperalgesia).

La hiperestesia extendida a todo el cuerpo constituye un horroroso suplicio para la enferma: no puede coger nada con las manos, como tampoco andar ni poner los pies sobre el suelo; ni siquiera puede permanecer en la cama y está atormentada por un insomnio permanente. Algunas veces se da simultáneamente hiperestesia sensorial, que genera un estado de impresionabilidad horrible.

Han sido descritas algunas dermalgias muy particulares. La de los labios mayores y de la vulva produce un vaginismo particular, para el que la dilatación está absolutamente contraindicada; la de las mamas puede llegar al punto de que eminentes cirujanos decidan practicar su ablación. En estos casos, dice Brodie, no se identifica ningún tumor en el órgano, pero cuando la afección ha comenzado en una fecha un tanto lejana, el seno se vuelve más voluminoso, probablemente a consecuencia de una hiperemia secundaria; a pesar de ello, no se da enrojecimiento de la piel, si no, más bien al contrario, cierto emblanquecimiento con un aspecto ligeramente alisado.

En este punto también puede situarse la descripción de lo que se denomina *seno histérico*: «comienzo brusco de la hinchazón que llega a su máximo en unas pocas horas; el seno triplica su volumen, está henchido, claro, pero sin calor ni enrojecimiento. Durante veinticuatro horas la hinchazón y el dolor persisten con la misma intensidad, después disminuye poco a poco, y finalmente desaparecen al cabo de una noche o dos» (*Iconogr. photogr. de La Salpêtrière*, t. II, p. 209), etc.

β. La hiperestesia de los *músculos* es muy frecuente; Briquet, de 430 enfermas, sólo ha encontrado 20 como máximo que no la presentasen. El dolor se hace sentir en las masas musculares y en sus puntos de enganche; no sigue el recorrido de los nervios y no presenta puntos neurálgicos. La masa muscular es dolorosa en su conjunto. Los movimientos o la corriente eléctrica agravan el dolor. El reposo completo, por el contrario, es un sedante seguro. La hiperestesia puede alcanzar un alto grado de intensidad, y en tal caso es la presión la que ocasiona los ataques.

Describiremos algunas formas particulares:

La *raquialgia* es una de las más importantes. Descrita ya por Sydenham, afecta al trapecio, el dorsal ancho, la masa común, una parte de la zona sacrolumbar o el dorsal largo. La frecuencia de este fenómeno es enorme, supone un síntoma casi constante de la histeria, y en ciertas ocasiones basta con buscarlo.

La extensión de este dolor es variable; ocupa por lo general toda la longitud de la columna. Si sólo existe en una región definida, se trata sobre todo de la parte inferior del raquis, ocupando la extensión de cuatro o cinco vértebras. En estos puntos, la presión provoca dolor a la altura de las apófisis espinosas y en los surcos vecinos. El fenómeno puede llegar a la irritación espinal completa.

Algunas veces la presión ejercida sobre las apófisis espinosas ocasiona, en la región cervical, estrangulamiento y constricción de la glotis; en lo alto de la región dorsal, opresión, disnea, presión en el pecho; más abajo, constricción epigástrica.

En los casos en los que estos síntomas dolorosos en la espalda adquieren cierta intensidad, se pueden cometer los mayores errores de diagnóstico y creer que se trata de lesiones de la columna vertebral. «Yo he visto, dice Brodie, recluir a estado de reposo y a posición horizontal durante años a muchachas que incluso estaban sometidas al tratamiento con cauterios y setones[67], cuando el aire libre, el ejercicio y los pasatiempos las hubiesen curado en pocos meses». También yo he visto un caso análogo.

Briquet designa con el nombre de *celialgia*[68] a la hiperestesia de los diferentes músculos que componen la cavidad abdominal. La *toracalgia* o *pleuralgia* de Bernutz se refiere a los músculos torácicos, la *mielosalgia* a los músculos de los miembros. Este último fenómeno, por lo demás, es muy poco frecuente; Briquet lo ha observado en 64 ocasiones.

Briquet sitúa la *cefalalgia* dentro de la hiperestesia de los músculos; otros la colocan con las neuralgias, otros entre los dolores de cabeza más graves, como la migraña o la cefalea febril. En todo caso, constituye un síntoma que hay que tratar aparte.

La frecuencia es muy grande. Briquet la ha visto 330 veces en 356 casos. Normalmente precede a las auténticas manifestaciones de la histeria confirmada. De manera general, hay que estar alerta con las niñas que se ven afectadas por la cefalalgia y la migraña.

Es muy raramente general, y normalmente hemicraneal. También normalmente está circunscrita, se corresponde con el clavo o huevo histérico, que es muy característico. En este caso puede situarse más o menos en cualquier lugar, las más de las veces en la región temporal o sincipital[69].

La intensidad es variable y puede llegar a arrancarle gritos a la enferma: lo compara con un clavo incrustado, con un trozo de hielo o con un trozo de carbón ardiendo. A veces se dan trastornos gástricos de manera simultánea.

---

67. Los cauterios consistían en quemar las heridas ulcerosas para intentar así que cerrasen. El setón es una técnica atribuida a Hipócrates, consistente en usar crines o cordeles para drenar fístulas. El autor parece sugerir que el prolongado encamamiento había producido en las enfermas úlceras de decúbito.

68. Celialgia es un término general para 'dolor abdominal', y viene del griego *celios*, intestino, y *algós*, dolor. No creemos que lo idease Briquet.

69. Región sincipital o sincipucio: parte ántero-superior de la cabeza.

γ. Llegando a las vísceras, mencionaremos el *dolor epigástrico*, como transición entre los dolores superficiales y los dolores internos, y que es una mezcla de gastralgia y epigastralgia. Algunas veces es una mera dermalgia epigástrica o una hiperestesia de los músculos de la pared exacerbada por la presión y los movimientos, especialmente en los puntos de anclaje de los grades rectos. Estas formas simples son poco frecuentes.

La mayoría de las veces se da simultáneamente una gastralgia auténtica de diversos grados de intensidad: alteración del apetito acompañada de repugnancia por sustancias ciertamente alimenticias, dolor gastrálgico o calambre que llega a un desgarramiento atroz. En estos casos, la presión sobre la fosa epigástrica puede provocar ataques.

Los trastornos de las funciones *gástricas* son algo que siempre hay que vigilar. Caprichosos en un principio, el fenómeno puede llegar a ser grave, ocasionar el deterioro del organismo y producir la muerte directamente o por tuberculosis. Estos elementos ocasionan marasmo, sin que se dé lesión gástrica.

La hiperestesia puede afectar al propio *intestino*. En tal caso, se dan cólicos más o menos fuertes, con neumatosis, hasta el punto de producir dificultad para respirar/disnea; efímeros, y presentes después de cada comida en ciertas enfermas (intestino delgado), en otras son persistentes y ocasionan una timpanitis tenaz (intestino grueso). El síntoma puede durar en este último caso seis meses, o un año; toma la forma de una ascitis, de un embarazo.

La *ovaria* merece una mención especial a causa de los trabajos recientes.

Se trata de un dolor iliaco asentado en el flanco, en los últimos límites de la región hipogástrica. Es muy frecuente, según reconocen todos. Aunque se la relaciona, no obstante, con orígenes diversos.

Los ingleses, y en Francia Schützenberger, Piorry y Négrier la relacionan con el ovario; Briquet (y su libro es de una gran autoridad) la atribuye a los músculos de la pared: miodinia del extremo inferior del músculo oblicuo (dolor llamado ovárico) y miodinia del piramidal o del extremo inferior del gran recto (dolor llamado uterino).

Charcot ha retomado y desarrollado la teoría del ovario. No niega la existencia de dermalgia o de mialgia; incluso hay ciertos casos en los que todo ello cuenta con la complicación de la timpanitis, lo cual produce la falsa peritonitis de la que hablan los ingleses. Pero, en otros casos, no se da hiperestesia; puede darse incluso anestesia, de tal forma que el músculo está pinzado sin que haya dolor. Para provocar dolor, hay que hundir muy adentro los dedos.

De tal manera, queda definido un foco claro en la intersección de una línea horizontal determinada por las espinas ántero-superiores y por una línea vertical determinada por el epigastrio. Hacia la mitad de la apertura superior puede incluso notarse al tacto el ovario como si fuese una aceituna o un huevo pequeño. Es en ese momento en el que se provoca dolor. Y el dolor provocado de esta manera es característico; viene acompañado por los fenómenos del aura histérica.

Este foco se corresponde con el lugar donde verdaderamente se sitúa el ovario. No puede decidirse esta cuestión basándose en un cadáver con el vientre abierto, pues las

relaciones entre los órganos han cambiado en él de manera esencial, especialmente como consecuencia de los plexos eréctiles de Rouget. Pero en los cadáveres congelados, o mejor aún hundiendo una aguja en el punto en cuestión, cuando el cuerpo no ha sido abierto, se llega al ovario.

Existe una relación importante, en lo que concierne al cuerpo, entre la *ovaria* y los demás elementos sintomáticos de histeria local. — No se sabe nada preciso ni siquiera sobre el propio estado del ovario. — Por lo demás, tendremos que volver a tratar la manera de provocar y detener los ataques mediante la presión sobre esta zona.

Creo que no sirve de nada insistir en el resto de dolores abdominales tales como: histeralgia, cistalgia, nefralgia, etc. Son fenómenos fáciles de identificar y de comprender.

δ. Las *neuralgias* son muy frecuentes en la histeria. A menudo se las confunde con mialgias o miodinias.

Las neuralgias intercostales son las que se observan más a menudo. Sydenham y Franck señalaron *odontalgia*, que es conveniente conocer porque puede ser el pretexto que se ofrece para justificar la avulsión de todos los dientes de la mandíbula inferior.

ε. Ya hemos hablado, a propósito de las contracturas, de los dolores articulares que pueden tomar la forma de enfermedades graves de las articulaciones. Volvemos a encontrar aquí los que se corresponden con esas *artralgias* que no vienen acompañadas por contracturas, y que pueden resultar muy sorprendentes para un médico.

Brodie las ha descrito con gran exactitud.

Si está afectada la articulación de la cadera, «encontrarán ustedes, según dice, dolor en la cadera izquierda y en la rodilla, dolor que aumenta con la presión y con el movimiento; la enferma permanece echada sobre una cama o un diván conservando en todo momento la misma posición. Se dirán a sí mismos que se trata de los signos de una afección de la cadera. Pero avanzan un poco más en la observación: rara vez el dolor está limitado a un solo punto, se extiende a todo el miembro. La enferma gesticula y a veces grita si presionan la cadera, pero a veces también lo hace si presionan el hueso coxal o la región lumbar, o el fémur, o incluso la pierna hasta la altura del tobillo. En todas partes la sensibilidad mórbida tiene su sede en el revestimiento cutáneo; si pellizcan la piel hasta levantar la epidermis, la enferma se queja más que si presionan la cabeza del fémur en la cavidad cotiloidea.

»El dolor es más fuerte cuando la enferma contempla el examen al que se la somete; si, por el contrario, hay algo que la distrae, apenas si profiere alguna queja. No se da adelgazamiento de los glúteos, que han conservado su forma, y el estado general de la enferma no se parece en nada al que puede encontrarse en los casos de supuración de los huesos y de los cartílagos. Durante la noche no se constatan ninguna de las punzadas que muchas veces van acompañadas de pesadillas. A veces el dolor impide conciliar el sueño, pero, una vez dormida, la enferma no se despierta más que al cabo de varias horas. Esta situación puede persistir durante semanas, meses o incluso años, sin que lleve a la formación de un absceso».

A veces sólo se dan trastornos vasculares alrededor de la articulación afectada. La mayor parte de estas enfermas presentan otras manifestaciones histéricas que han precedido a la artropatía y que también pueden remplazarla.

La mayoría de las veces, el comienzo y la desaparición de estos elementos son graduales. Sin embargo, Brodie menciona casos en los que todo desapareció repentinamente tras una conmoción física o moral, o aun sin causa apreciable.

η. Los *sentidos* pueden adquirir una agudeza extraordinaria. Es en este sentido en el que hay que interpretar algunas manifestaciones extrañas que se han atribuido al magnetismo. Con los párpados aparentemente cerrados del todo, las pacientes ven a través de una abertura imperceptible. Pueden oír y entender desde muy lejos, cosa que hace pensar en una especie de adivinación. Esta hiperestesia sensorial puede hacer que el uso de los órganos correspondientes sea doloroso.

De este tipo son los fenómenos de hiperestesia retiniana (kopiopía de Fœrster) que atormentan a algunas histéricas. «No hay ni un solo clínico, dice Abadie, que no haya tenido que tratar mujeres que se quejan de no poder fijar la mirada un solo instante sin sentir fuertes dolores de cabeza, que presentan una fotofobia muy difícil de sobrellevar, dolores frontales y periorbitales casi constantes, agravándose al leer por poco que sea el tiempo dedicado. Estas enfermas, por otra parte, están afligidas por molestas sensaciones de picazón, de pinchazos, de cuerpos extraños en la conjuntiva y los párpados, y sin embargo no presentan ninguna alteración en el fondo de ojo, ninguna anomalía en la refracción».

b. *Anestesias*. Las extrañas manifestaciones de la histeria debieron impresionar la imaginación de las gentes: por ello las incluyeron entre los síntomas que indicaban brujería. De estos signos, la anestesia es sin duda una de las que más impresionan; fue señalado con particular frecuencia. Se descubría por la indiferencia del paciente a los suplicios físicos; se llegó así a convertirlo en característica, criterio para identificar la brujería.

Simultáneamente a la anestesia, la piel presenta normalmente en estos casos una isquemia particular: así, Grisolle y Charcot han visto cómo las sanguijuelas se prendían con dificultad en una zona anestesiada. Esta manifestación también fue advertida en otro tiempo, y a partir de este conjunto de signos quedó establecido uno de los criterios para identificar la brujería.

Cuando caía la sospecha sobre un individuo, se le vendaban los ojos y se le tanteaba la piel con agujas. La ausencia de dolor y de hemorragia sentenciaban su condena. Algunas veces iba a la hoguera.

Esta práctica se extendió tanto e hizo aumentar hasta tal punto el número de brujas, que hizo falta limitar el alcance y la aplicación de la misma. Se discutió su validez, y finalmente, en 1603, un decreto del *Parlement* de París prohibió realizar esta prueba.

Entonces (esta es la segunda parte de la historia) se cayó en el exceso opuesto; no se creía en la anestesia, y todos los hechos observados se atribuyeron a leyendas.

Finalmente llegó un tercer periodo, científico. Con Piorry (1843), Macario (1844) y Gendrin (1859), comenzaron los estudios que desembocaron en el libro de Briquet (1859). Mencionaremos, de una época más reciente, los estudios de Charcot y de Pitres (cuyas recientes lecciones clínicas resumiremos aquí).

La sensibilidad *cutánea* puede verse afectada en todas sus formas: tacto, dolor, temperatura, electricidad, o bien sólo en algunas. De ahí las diversas variedades que resume bien la siguiente tabla que tomamos de Pitres:

Anestesia	*1º) Total, es decir, que afecta a todas las percepciones sensitivas*	*a.* Completa: *anestesia* propiamente dicha.
		b. Incompleta: *hipoestesia.*
	2º) Parcial, es decir, que afecta a algunas sensaciones, manteniéndose las demás	*a.* No hay percepción de las sensaciones dolorosas, las táctiles se conservan: *analgesia*.
		b. No hay percepción de las sensaciones térmicas, se conservan las táctiles y las dolorosas: *termoanestesias*.
		c. No hay percepción de las sensaciones táctiles y dolorosas, se conservan las térmicas: *anestesias con termoestesia*[70].
		d. Se pierde aisladamente la percepción de las sensaciones eléctricas: *electroanestesia*.
		e. Se conservan aisladamente las sensaciones eléctricas: *anestesias con electroestesia*.

Junto a estas diferentes anestesias, Pitres sitúa la alfalgesia (de ἁλφή, contacto, y ἄλγος, dolor), «variedad de parestesia caracterizada por la producción de una sensación dolorosa intensa como consecuencia de aplicar simplemente sobre la piel ciertas sustancias que, en estado normal, no provocan más que una sensación insignificante de contacto».

Por lo general, en las regiones de piel anestesiada el cosquilleo no ocasiona ningún reflejo. Rosenbach defiende que existe una excepción en lo referente al reflejo abdominal: en ciertos casos, en efecto, existe, mientras que los demás reflejos han desaparecido, pero también se ha observado disminuido y anulado (Pitres).

Un cierto número del resto de los reflejos, por el contrario, persisten normalmente en la anestesia histérica: como por ejemplo los reflejos vasculares y secretorios (efecto normal de los sinapismos, de los vesicatorios), los reflejos de erección (seno y clítoris, según Briquet) o el reflejo pupilar sensitivo (Pitres).

70. Hay un error en el original: dice 'termoanestesia'.

Una característica destacable y muy curiosa de estas anestesias histéricas, es que muy a menudo las enfermas ni siquiera sospechan que las padezcan. Generalmente, se trata de un fenómeno que hay buscar por uno mismo en las enfermas.

Es clásico decir, siguiendo a Briquet, que «la temperatura de la piel anestesiada está 1 ó 2 grados por debajo de lo normal; la circulación capilar es más lenta, y las enfermas sienten frío». No es conveniente exagerar. Pitres ha demostrado que la irrigación sanguínea se produce de igual modo que sin anestesia; no obstante, los pinchazos no sangran en las regiones anestesiadas de las histéricas igual que en las regiones sanas. El profesor de Burdeos da para ello la explicación de que se produce una contracción violenta y rápida de los vasos en el momento del pinchazo, antes de que la sangre pueda salir por la herida; se trata de hiperexcitabilidad vascular y no de isquemia local. Y relaciona este mismo fenómeno y esta reacción con las manifestaciones, como a las de Dujardin-Beaumetz, en las que se puede escribir en la piel mediante cualquier objeto duro. «Padecía anestesia general. Si, con la uña o con cualquier otro objeto duro, se dibujaban sobre la piel trazos, letras, palabras, se formaban después de unos cuantos minutos unas prominencias rojas de contornos muy definidos, limitadas con gran precisión dentro de los puntos estimulados, y se conservaban durante cuatro o cinco horas. Estas prominencias eran tales que resultaba muy fácil leer los caracteres trazados sobre la piel, y se hubiese podido hacer una copia de los mismos a partir de ellas».

En último lugar, con la anestesia cutánea se da a menudo cierto grado de amiostenia en las partes correspondientes, pero no es necesario que ocurra, y la fuerza muscular puede conservarse.

Las *mucosas* pueden ser la sede de anestesias comparables a las de la piel. Así, se conocen muy bien la anestesia de las mucosas de la faringe, de la epiglotis y del orificio superior de la laringe, que permite introducir sin problemas el dedo en la garganta y hasta el fondo de la misma en estas enfermas. Sin embargo, Chairou, que ha estudiado correctamente este síntoma, lo ha considerado equivocadamente como un signo constante y característico; se encuentra igualmente en algunos epilépticos, ciertos enfermos de saturnismo, y en la parálisis labioglosofaríngea. No por ello deja de ser un síntoma importante y fácil de constatar en la histeria.

Briquet ha exagerado la importancia de la anestesia conjuntival, pero también es un síntoma frecuente y de un gran valor semiológico. «La anestesia de las conjuntivas, dice, y sobre todo de la conjuntiva izquierda, se constata tan a menudo que es raro encontrar una histérica que sienta claramente el contacto del dedo o de la cabeza de un alfiler al desplazarlo por la conjuntiva esclerótica del ojo izquierdo. Esta insensibilidad se da de una manera tan constante que podría verse como un signo característico de la histeria».

Pitres y Lichtwitz han estudiado la anestesia de la mucosa nasal y han comprobado que, en la gran mayoría de los casos, está limitada a la porción de la membrana de Schneider, que cubre la región anterior de las fosas nasales. Los mismos autores han constatado también la anestesia del canal auditivo externo y del tímpano.

Las anestesias *sensoriales* pueden afectar a la vista, al oído, al olfato y al gusto.

A veces se observa que la vista desaparece bruscamente en las histéricas. Yo mismo he presenciado un hecho de este tipo: a una histérica que queríamos hipnotizar se le lanzó bruscamente un rayo de luz eléctrica en los ojos: quedó fuertemente sobrecogida y se quedó ciega. Esta ceguera duró unos cuantos días, después desapareció repentinamente en una crisis. Se han mencionado diversos casos de amaurosis, que resultan más o menos parecidos a este, pero que en resumen no puede verse en ello un síntoma frecuente.

Es mucho más común la ambliopía, si se toma esta palabra en su sentido más general. Charcot y sus alumnos han estudiado ese síntoma cuidadosamente y lo han analizado, síntoma cuyas características resumimos siguiendo a Pitres.

En primer lugar, se dan normalmente trastornos de la percepción de los colores, anestesia cromática completa (acromatopsia) o incompleta (discromatopsia). El orden de la desaparición de los colores viene indicado por una de las dos series que a continuación detallamos, que por otra parte sólo difieren en el lugar ocupado por el azul y el rojo, que quedan intercambiados:

Serie A: violeta, verde, azul, amarillo, rojo;

Serie B: violeta, verde, rojo, amarillo, azul.

En segundo lugar (y este es un fenómeno relacionado con el anterior), se dan alteraciones en la extensión y en la forma del campo visual; la reducción concéntrica se observa la mayoría de las veces (supone un buen elemento para identificar la histeria); muy raramente se encuentran el escotoma central o la hemiopía[71].

El debilitamiento de la agudeza visual que se observa en algunos casos sirve de transición entre la ambliopía y la ceguera; al mismo grupo de elementos pertenecen la astenopía (fatiga exageradamente rápida y dolorosa cuando la enferma mira fijamente).

En último lugar, Parinaud ha estudiado, entre los trastornos de acomodación, la poliopía monocular de las histéricas: «un objeto situado verticalmente con respecto al ojo se distingue con normalidad; si lo alejamos lentamente del ojo, y a cierta distancia (que varía según los sujetos, pero que está comprendida entre los 10 y los 20 centímetros), ve doble; si lo alejamos más, puede aparecer una tercera imagen».

Algo que destacar, es que esta ambliopía posee la misma curiosa propiedad que el resto de anestesias histéricas; la mayoría de las veces les pasa desapercibida a las enfermas si no se les llama la atención sobre ello. Pitres, que aclara bastante esta característica, lo explica por el hecho de que en la naturaleza de la ambliopía está el existir solamente en la visión monocular; tan pronto como los dos ojos están abiertos y actúan en sinergia, la ambliopía desaparece y la visión se vuelve normal. Por ello es por lo que, cuando se somete a las enfermas a las pruebas destinadas a descubrir engaños sobre ceguera unilateral en los reclutas, algunos médicos piensan que están fingiendo. No intentaré buscar explicaciones para este fenómeno, ya que la teoría que se hace sobre el mismo es todavía muy poco clara, pero lo relacionaré con otra característica que se puede descubrir fácilmente con una peonza de Newton: los colores que no se perciben de manera asilada, se superpo-

71. Hemiopía: pérdida o disminución de la mitad del campo visual de un ojo. Cuando ocurre simultáneamente en ambos ojos se llama hemianopsia. El valor semiológico, lógicamente, es muy distinto.

nen no obstante en la rotación (Regnard). Yo he visto a una enferma afectada por una hemianestesia que no distinguía el color de dos terceras partes del disco de Newton y que sin embargo percibía el blanco en la rotación del disco, mientras que, si se ocultaban con papeles negros los colores que no veía, para ponernos en condiciones análogas a las suyas, el disco en rotación no se nos aparecía blanco, sino rojo. La doctrina de Ferrier sobre la distinción entre el centro de la visión monocular (circunvolución angular, cruzada) y el centro de la visión binocular (lóbulo occipital, directo, hemilateral), que Pitres menciona para explicar la primera característica de más arriba, no me parece suficiente para explicar la segunda.

Como la ceguera, la sordera histérica puede ser total y absoluta, pero la mayoría de las veces el fenómeno observado concerniente al *oído* es la hipoestesia, sin zumbidos ni silbidos; la sensibilidad del oído y su grado se constatan mediante la distancia a la que se percibe el tictac del reloj, a continuación se ve que el obstáculo que impide la audición no está en el oído externo comprobando que el diapasón situado en el apófisis mastoideo se percibe con menos fuerza que si se sitúa delante del conducto auditivo externo (experimento de Rinne).

Walton ha constatado un cierto paralelismo entre la hipoestesia o la anestesia sensorial del oído y la hipoestesia o la anestesia general de la mucosa del conducto auditivo externo; Pitres ha mostrado que el fenómeno no era general.

Pitres y Lichtwitz han estudiado con acierto los trastornos de la sensibilidad *gustativa*, que serían bastante frecuentes en las histéricas; la anestesia puede ser general o limitada, total o parcial. Junto a estos fenómenos, u ocupando su lugar, otras veces se dan parestesias gustativas (gusto agrio y no salado ante una solución de sal marina en una enferma de Pitres).

La *anosmia* histérica parece menos frecuente y es más difícil de estudiar. El profesor de Burdeos, sin embargo, la ha constatado en 7 de sus 11 enfermas.

El mismo autor, por último, ha demostrado que no existía ninguna relación necesaria entre los trastornos sensoriales y las diversas anestesias de las mucosas correspondientes de la nariz o de la lengua.

Los *tejidos profundos* y las vísceras también pueden verse afectados por la anestesia histérica.

Se han mencionado casos en los que los miembros son insensibles en toda su dimensión y en los que el cuerpo en su totalidad deja de tener cualquier sensación centrípeta del exterior. Briquet cuenta la historia de una enferma que tenía una insensibilidad en los miembros tan profunda que si se le vendaban los ojos era posible levantarla de la cama, colocarla casi desnuda en el piso y moverla en la cama sin que se diese cuenta en absoluto de lo que había pasado. Quizá también influyese cierto estado psíquico.

Estas manifestaciones, por lo demás, son extremadamente infrecuentes, pero, mediante un análisis cuidadoso, a menudo se pueden constatar anestesias que sobrepasan la piel y las mucosas.

«Se puede, dice Pitres, pinchar el *periostio* de algunas histéricas y golpear sus *huesos* con cuerpos duros, sin provocar el menor signo de dolor». Se puede asimismo constatar

en algunas la insensibilidad de los *ligamentos articulares* a la tracción y a la torsión. Estas anestesias profundas pueden coexistir o no con la anestesia cutánea. Los *troncos nerviosos* (cubital en la gotera epitrócleo-olecraneana, cf. Pitres) pueden ser absolutamente insensibles a contusiones o pinchazos, aun si éstos son perpendiculares.

El profesor de Burdeos clasifica cuidadosamente y analiza de manera independiente en las histéricas cada una de las diversas sensibilidades que tienen su sede en los *músculos*. En primer lugar, está la sensación que da una impresión fuerte y profunda de las propias masas musculares: esta sensación puede quedar anulada en la neurosis de la que nos ocupamos, aun en el caso de que estos mismos músculos siguen siendo sensibles a la percusión y al pellizco (contracción idiomuscular). A continuación, está la sensación que produce la contracción muscular y que nos permite apreciar con exactitud el grado de tensión de las fibras musculares; cuando esta sensación ha desaparecido en una histérica, ya no puede realizar actos precisos más que con el control de la vista, sin ello es torpe, adapta mal el esfuerzo al fin, ha perdido la noción del peso de los objetos. Por último, está esa sensación compleja del cansancio muscular y de las agujetas que se sienten cuando un músculo se ha mantenido en contracción durante cierto tiempo o cuando se ha contraído a menudo en intervalos cortos. Esta sensación de cansancio también puede desaparecer en algunas histéricas.

Algunas veces, cuando tienen los ojos cerrados, las enfermas no solamente no pueden medir y adecuar las contracciones musculares, sino que incluso no pueden contraer los músculos en absoluto, ya que no tienen conciencia de esta contracción. Se trata de la parálisis de la conciencia muscular (Duchenne, Lasègue). Pitres ha visto que, en ciertos casos, la aptitud motriz puede deberse no sólo al control sensorial (vista), sino también a la contracción sinérgica de los músculos análogos del lado opuesto; algunos movimientos continuos o regularmente acompasados, que han sido empezados con los ojos abiertos, pueden continuarse con los ojos cerrados.

Finalmente, puede observarse que desaparece la noción de posición de los miembros (las enfermas pierden su propios miembros en la cama) e incluso que se pierde la sensación de la existencia de los miembros, llegando a la desaparición de la conciencia del yo orgánico. Hemos citado un ejemplo de ello, tomado de Briquet, al comienzo de este parágrafo.

En último lugar, también las *vísceras* pueden quedar sin sensibilidad; la presión de los senos o de los testículos puede llegar a no producir ningún dolor. Se conoce la fuerza con la que se pueden presionar los órganos abdominales de algunas histéricas sin provocar dolor. «En las histéricas, dice Pitres, es posible golpear brutalmente el epigastrio sin provocar sensaciones desagradables (…). Esta anestesia profunda del epigastrio puede ser considerada como uno de los más destacados estigmas de la histeria, y creo que, desde el punto de vista diagnóstico, tiene al menos tanta validez como la anestesia de la faringe o de la conjuntiva».

Queda por tratar la *distribución topográfica* de las anestesias histéricas.

Cuando existe anestesia (lo cual es muy frecuente, pero no sucede absolutamente siempre), puede ser de tres tipos clínicos: generalizado, diseminado y hemipléjico (re-

cientemente he visto un fenómeno muy curioso de anestesia parapléjica que podría dar lugar a la constitución de un cuarto tipo).

1. El tipo generalizado es muy poco frecuente. La enferma, confinada a su cama, no puede moverse. Es la vista la que tiene que controlar todos los movimientos. La enferma no puede sostener nada; sólo anda con gran dificultad y no es sensible a nada; tiene la sensación de estar en el vacío. Como irregularidades de este tipo, se constatan a veces islotes de hipoanestesia o incluso de sensibilidad normal.

2. El tipo diseminado es más frecuente. En tales casos se encuentran zonas de anestesia repartidas de modo extraño por todo el cuerpo. Es principalmente esta forma la que hay que buscar para constatar que existe anestesia. La insensibilidad ocupará un hombro, una parte de un miembro, la cara, una porción limitada del tronco, y todo ello sin relación apreciable con la línea que sigue ningún nervio. Briquet ha visto, por ejemplo, una anestesia que ocupaba los alrededores del ano y la mitad posterior de los labios mayores; según el mismo autor, quizá se dé más bien cierta relación con la distribución de los vasos sanguíneos. Yo he visto una anestesia que afectaba específicamente ciertos segmentos de un miembro, sea en manifestaciones espontáneas, sea en fluctuaciones que tienen lugar a causa de la aplicación de ciertos agentes estesiógenos. El comienzo se produce normalmente en las partes de la piel más alejadas del centro.

3. El tipo hemipléjico es el más frecuente de todos; se localiza más frecuentemente en la izquierda; se ha encontrado en 93 de 400 casos, y 70 veces de 93 a la izquierda. Puede ser completa o incompleta, en este último caso la anestesia no afecta más que a la sensibilidad al dolor y a veces al calor. La mayoría de las veces, la línea de demarcación mediana está muy bien definida en la cabeza, en el cuello o en el tronco. Se dan palidez y enfriamiento en el lado insensible. Las mucosas también quedan afectadas en el mismo lado. Asimismo, las hay de los sentidos: vista, oído, gusto, olfato. Se trata del cuadro completo de la hemianestesia de origen cerebral. Existe además *ovaria* del lado anestesiado.

Este modelo típico no siempre está tan bien definido. Los trastornos sensoriales se encuentran a menudo en los dos lados. Charcot ha señalado la presencia de la reducción del campo visual en el ojo del lado sano, en un menor grado, sin embargo, que en el ojo del lado anestesiado. Pitres ha insistido en estas excepciones del tipo hemilateral: «Casi siempre, si no siempre, dice, hay partes de estos órganos (mucosas y sentidos) que están indemnes en el lado en el que existe la anestesia cutánea y partes que quedan afectadas en el lado en el que la piel conserva su sensibilidad normal. Hablando con propiedad, no hay nada menos frecuente que la hemianestesia sensitivo-sensorial completa en la histeria. Apenas se observa otra cosa que hemianestesias cutáneas en las que predominan con más o menos fuerza trastornos sensoriales del lado en el que el tegumento externo es insensible». No hay que exagerar ni en un sentido ni en otro. Sin ser tan completo y total como se creía en un principio, el tipo de la hemianestesia histérica existe, y muy definido, al menos como forma particular de anestesia cutánea.

También podríamos hablar aquí de la variabilidad de las anestesias histéricas, pero será más conveniente con el estudio de los agentes estesiógenos que se realizará en el capítulo sobre el tratamiento.

c. Para finalizar el estudio de los trastornos de la sensibilidad, diremos unas palabras sobre las *sensaciones anormales*, extrañas, que sienten algunas enfermas. Así, unas ven los objetos completamente cubiertos de manchas rojas o teñidos de verde; otras oyen zumbidos, silbidos, ruidos imaginarios. A algunas les persigue un olor particular, como aquella enferma de Briquet que, tras un ataque, olía a cadáver. Algunas encuentran delicioso el olor del asafétida, o incluso, y por el contrario, el ruido del tafetán, el que se produce al morder una manzana, la contemplación de un alfiler, el olor a ajo o a queso, les resultan extremadamente molestos y les provocan crisis nerviosas más o menos escandalosas.

Charcot, recientemente, ha puesto de relieve la importancia de otro tipo de trastorno visual que aún no ha sido señalado, aunque es muy frecuente. Se trata de alucinaciones que se producen en el intervalo entre las crisis convulsivas, después de las mismas o incluso en el periodo en el que están a punto de estallar. «Resulta frecuente ver en el servicio, dice, a histéricas que en su periodo de tranquilidad, sentadas tranquilamente, y ocupadas en trabajos de costura, se levantan repentinamente y dejan su asiento mientras lanzan un grito igual que si hubiesen sido sorprendidas por un objeto horrible, al que quisiesen escapar». De hecho, si se las interroga a propósito del motivo de esos movimientos imprevistos, cuentan que creyeron ver animales, sobre todo ratas, gatos, otras veces animales fantásticos, que corren sobre la tarima o sobre la pared vecina. Con menos frecuencia, la causa del sobresalto ha sido la aparición de caras gesticulantes. Nos enteramos además de que esos animales imaginarios, generalmente de color negro o gris, más raramente de un rojo vivo, se presentan siempre, en cada enferma, por el mismo lado, y el lado en el que la alucinación aparece siempre es el que corresponde a la hemianestesia, y en consecuencia a la ambliopía (…). Normalmente los animales corren en grupos y muy rápido, viniendo de detrás de la enferma y dirigiéndose hacia delante de ella. Por lo general, desaparecen tan pronto como dirige la mirada directamente a ese lado; sin embargo, puede suceder que la alucinación persista más tiempo con toda su fuerza, cuando la histérica se encuentra en la época de gran agitación nerviosa, en estado de mal, o cuando sale de una crisis».

C. *Trastornos circulatorios, secretorios y tróficos*. El pulso generalmente es normal, pero las histéricas son muy susceptibles de padecer palpitaciones y, por otra parte, todos los signos de la clorosis y de la anemia.

También se identifican curiosas oscilaciones en el estado de contracción de los músculos vesiculares, oscilaciones que no dependen del pulso. Todo el mundo conoce la facilidad con la cual palidece o se ruboriza la cara en estas enfermas. Briquet había señalado una sensación de frío en las extremidades, que a veces se daba a la vez que el rubor y el calor en la cara. Sydenham había advertido sudores en algunas histéricas, generales o parciales, a veces unilaterales, que tenían lugar ante cualquier situación.

En la cara no sólo se da la alternancia entre rubor y palidez, sino que algunas veces se dan equimosis, edema o erupciones cutáneas (acné, ectima, urticaria); estos fenómenos son no obstante poco frecuentes y se dan normalmente junto con la hiperestesia. Cuando hay

anestesia, se encuentran por el contrario anemia cutánea y disminución de temperatura: los pinchazos no sangran y las sanguijuelas se prenden con dificultad.

Castex ha descrito recientemente una erupción vesiculosa, que él considera un trastorno nutritivo, en una histérica.

Las congestiones locales de las que hemos hablado pueden llegar a producir auténticas *hemorragias* que se producen en la piel o en diferentes órganos cutáneos.

En primer lugar, las alteraciones de la menstruación son bastante frecuentes en la histeria, y entonces, cuando hay amenorrea, se pueden producir hemorragias suplementarias. Pero estas hemorragias también tienen lugar en las histéricas fuera de los periodos menstruales, sin que haya relación con esta función: se trata de trastornos locales de inervación.

Las hemorragias gástricas han sido observadas en algunos casos aislados. En tales circunstancias, pueden ser muy abundantes, tener lugar todos los días o cada dos días durante cierto tiempo. La sangre en los vómitos a veces es roja, otras veces negra, como si fuese café. También puede encontrarse en las deposiciones. A veces las enfermas, que hasta entonces tenían una sensación de presión y de plenitud en el epigastrio, se sienten aliviadas por la hematemesis. En otros casos, por el contrario, oyen zumbidos tras los vómitos, tienen malestar, debilidad, etc.

Hay que poner sumo cuidado en distinguir estos estados de las hematemesis sintomáticas de una úlcera de estómago, enfermedad que también puede presentarse en una histérica. Se determinará el diagnóstico por el estado general, la ausencia de alteraciones gástricas en el intervalo, etc.

La hemorragia a veces tiene lugar en las vías respiratorias (Carré).

Por otra parte, hay que ponerse en guardia contra los fingimientos en lo que concierne a las hematemesis y a las hemoptisis.

Incluso se han señalado sudoraciones y lágrimas de sangre. Chaffard ha observado una histérica de veintiún años que, durante sus ataques convulsivos, que duraban de veinticuatro a treinta y seis horas, tenía un sudor coloreado de rojo y mezclado con sangre en los pómulos y en el epigastrio. Parrot ha visto que un líquido sanguinolento brotaba, durante los ataques, en los dedos, en los muslos, en el pecho y sobre la conjuntiva.

Keller ha retomado recientemente el estudio de las equimosis subcutáneas en las histéricas; las emociones fuertes, sobre todo si se repiten a menudo, resultan ser la causa determinante más común; observadas en las regiones del cuerpo más diversas, en el labio inferior, por ejemplo, o bajo las uñas de los dedos gordos del pie, y con dimensiones muy variables, las equimosis subcutáneas de origen nervioso tienen normalmente por sede el tronco y los miembros. Unas veces un dolor característico, lacerante, y que siempre es igual, anuncia que la equimosis está a punto de formarse; otras veces el dolor sólo aparece después de su formación y por influjo de la presión o de la fricción de la ropa, lo cual las distingue bien de las equimosis tabéticas, nunca acompañadas de dolor. Una vez formada, se comporta como cualquier equimosis. Un médico forense no debe desconocer este síntoma neuropático. Una enferma de Keller decía a menudo a su esposo que si alguien la veía en ese estado podría pensar que tenía el peor de los maridos.

Para terminar con los trastornos vasomotores de la histeria, recordaré un caso muy curioso que el doctor Armaingaud ha descrito con el nombre de *forma vasomotriz intermitente de la histeria*.

«Se trata de una muchacha que, al margen de una neuralgia cérvico-braquial que data de hacía varios años y es permanente, sufre accesos de histeria convulsiva, al principio irregulares, más tarde periódicos y regulares. Tras unas cuantas semanas, estos accesos convulsivos se interrumpen repentinamente y en su lugar surge, desde el día de su desaparición, un acceso de sueño que reaparece cada día a la misma hora, y siempre de la misma duración; pronto este acceso de sueño se duplica, se produce dos veces diarias, cada uno a la misma hora y de la misma duración; finalmente, se añaden enseguida otros cuatro fenómenos nuevos no menos singulares, de modo que a partir de cierto momento en el desarrollo de la enfermedad, la enferma se ve sucesivamente afectada cada día:

»1º) De las once menos cuarto a las once de la mañana, por un primer acceso de sueño de un cuarto de hora de duración;

»2º) De las dos menos cuarto a las tres y veinte, por un segundo acceso de sueño de una duración de una hora y treinta y cinco minutos;

»3º) A las cinco y media de la tarde, de una congestión local en los dos ojos de una duración de dos horas;

»4º) Por una asfixia local de las extremidades que tiene lugar durante la congestión de los ojos y desaparece unas horas después;

»5º) A las seis menos cinco, por una neuralgia intercostal derecha de una gran intensidad, que desaparece bruscamente a la seis y media en punto, y que no apareció por primera vez sino treinta días después de que sanase de la neuralgia cervico-braquial;

»6º) Finalmente, se sumó una cromhidrosis de los párpados, hacia el final de la enfermedad, a todos estos fenómenos.

»(…) Durante los accesos de sueño, mientras todas las partes de su cuerpo quedaban absolutamente insensibles a las más intensas estimulaciones, y mientras resultaba absolutamente imposible despertar a la enferma, la presión ejercida sobre la apófisis espinal de la segunda vértebra dorsal hacía que surgiesen signos de sensibilidad muy viva en la paciente, que, aunque sin despertarse, experimentaba temblores y sollozos, como también su fisonomía tomaba la forma de un dolor intensísimo, fenómenos que se interrumpían en cuanto la presión dejaba de ejercerse.

»(…) Desde el punto de vista patogénico, concluye Armaingaud, la coexistencia, en una misma enferma y en el espacio de un solo día, de accesos de sueño nervioso, de congestión local y de asfixia local, simétricos e intermitentes, merece ciertamente la atención de los patólogos y me lleva a proponer que se introduzca en los cuadros nosológicos una nueva forma de enfermedad no descrita hasta ahora, la forma vasomotriz intermitente de la histeria».

Si pasamos de los trastornos circulatorios a los *secretorios*, la *poliuria* puede servirnos de transición. Ya de por sí la orina histérica o nerviosa es una orina abundante, muy acuosa, límpida y casi incolora. Por otra parte, se han encontrado poliurias persistentes, más concretamente en 7 de los 72 casos reunidos por Lancereaux en su tesis.

Charcot ha estudiado otro trastorno urinario más curioso y más característico: la *iscuria* y la *oliguria*[72].

No me refiero a la retención de orina por espasmo o parálisis de la vejiga; se trata de una disminución o incluso de la supresión de la propia secreción urinaria, no tiene que ver con que la orina deje de evacuarse. Laycock ya había hablado de este fenómeno de carácter transitorio, pasando, por así decirlo, desapercibido. Charcot ha llamado la atención sobre este síntoma cuando se ha convertido en permanente, oliguria o incluso anuria, que puede durar meses enteros y va acompañado en tal caso de vómitos.

Ya hemos dicho que no todos los vómitos de la histeria están relacionados con la iscuria; Fabre (de Marsella) también ha insistido en este aspecto, pero tampoco hay que negar la existencia de los vómitos urémicos en nuestras histéricas.

Hay que señalar en este último caso que la curva de los vómitos sube a medida que baja la de la orina, y recíprocamente. Charcot pidió entonces que se buscase urea en las materias vomitadas, y Grehant constató su existencia, sin que encontrase, no obstante, una gran cantidad de ella en la sangre.

El estado de estas enfermas es en tales casos comparable al de los animales nefrectomizados, o cuando en ellos se han obliterado las uretras mediante una ligadura.

Los experimentos de Prévost y Dumas, Cl. Bernard y Barreswill, han mostrado que en estos casos, en efecto, tiene lugar una eliminación suplementaria por el intestino, sea de carbonato de amoniaco, sea incluso de urea directamente. Recientemente, Frew ha publicado un nuevo caso de iscuria con compensación en el flujo diarreico.

Un aspecto a destacar es la perfecta tolerancia de las histéricas que viven en este estado, mientras que todas las demás anurias, cualquiera que sea su causa, son siempre mortales de necesidad y en un periodo de tiempo muy corto. También los animales mueren necesariamente; en un momento dado, la eliminación suplementaria por el intestino disminuye, se interrumpe; los accidentes cerebrales se desarrollan y el animal fallece.

Muchos autores niegan todavía este fenómeno de la anuria histérica y lo atribuyen a los engaños de las enfermas. De buena gana las histéricas sacan provecho de la situación, poniendo por ejemplo un flujo de orina como si cayese a partir del oído, la nariz o el ombligo. Pero Charcot y otros han realizados sus constataciones en condiciones que no admiten refutación, y han puesto fuera de toda duda la existencia real del fenómeno.

Por lo demás, resulta imposible determinar el mecanismo interno de esta iscuria, pero se ve claramente que es un fenómeno nervioso como los demás, y que igual que ellos puede desaparecer repentinamente: lo atestigua el caso de Fernet, en el cual la prescripción de píldoras fulminantes (*mica panis*[73]) detuvo el vómito e hizo que la orina retomase su curso.

---

72. Iscuria: retención de orina. Oliguria: producción escasa de orina.

73. Literalmente: «miga de pan», pues este material constituía antiguamente el excipiente más común para elaborar píldoras (N. del T.).— El diario ABC del domingo 8 de septiembre de 1907, en su pág. 5, recoge una anécdota, referida por un tal Dr. Zechandelaer y ocurrida en un hospital de París, en la cual un médico propone a una enferma un tratamiento muy peligroso, pero el único que quizá podrá salvarla: las «píldoras fulminantes». La enferma acepta el riesgo y se cura completamente. Posteriormente el galeno

También pueden sufrir alteraciones las secreciones *gástricas*, *intestinales* o *sudorales*. Hoffman menciona a una mujer cuyos senos se tumefactaban enormemente en el momento de los ataques, y Briquet refiere una observación destacable de *galactorrea* que duró siete años, alternándose con ataques de histeria.

El estado de la *nutrición* en las histéricas merece que le dediquemos un momento al terminar este parágrafo. Un fenómeno que destaca en todos los casos es la facultad que las enfermas tienen de vivir algunas veces mucho tiempo con una alimentación muy insuficiente, y conservando sin embargo cierta robustez.

Estudios recientes han demostrado que en un gran número de enfermas se da una desaceleración y una disminución notables en la desasimilación; se produciría algo análogo a lo que se observa en los animales que hibernan. La cantidad de urea eliminada a menudo queda muy reducida e, incluso cuando hay vómitos urémicos, la cantidad que se elimina de este producto es por lo general muy inferior a la que podría contener una orina normal. El ácido carbónico y los gases de la respiración también disminuyen; en suma, hay menos desasimilación en la histérica, igual que en la marmota.

Si bien el hecho está generalizado, no se da, sin embargo, absolutamente siempre. Así, Mœbius ha observado en algunas neurasténicas que adelgazan rápidamente, a pesar de un buen apetito y una ingestión suficiente de alimentos; las deposiciones parecen normales, pero son muy abundantes y contienen una gran cantidad de materiales alimentarios no absorbidos. Se trata precisamente del fenómeno inverso al que describíamos hace un momento.

Como trastorno trófico local, mencionemos a continuación la caída espontánea de las uñas, señalada por Falcone.

En algunos casos poco frecuentes, o más bien en ciertos periodos, puede observarse *fiebre* en las histéricas. Briand la ha visto presentarse en tres formas: 1º) lenta, es primitiva o secundaria (ya descrita por Briquet); 2º) intermitente, en general de tipo terciana; 3º) corta, de aspecto tifoideo, es generalmente primitiva, de modo que indica el comienzo de la histeria antes de cualquier ataque histérico; los fenómenos propios de la neurosis se desarrollan a continuación.

Fabre (de Marsella) también ha estudiado con detenimiento la fiebre de las histéricas; le atribuye cinco formas: efímera, crónica, intermitente, tifoidea y febrícula histérica.

Más recientemente Debove ha retomado la cuestión y ha citado en la *Société médicale des hôpitaux* una observación muy interesante que prueba que: 1º) la fiebre histérica existe; 2º) en la fiebre histérica, pueden observarse temperaturas muy elevadas (más de 41 grados) durante mucho tiempo sin que ocasionen ninguna alteración visceral grave; 3º) probablemente la hipertermia no resulta suficiente para producir las alteraciones de los órganos constatadas en los febriles, pues la brusquedad de la convalecencia en su enferma parece descartar cualquier idea de alteración visceral profunda. Debove, por lo demás, ha ocasionado por medio de sugestión una fiebre experimental análoga.

---

declara a sus colegas que las pastillas en cuestión estaban hechas sólo de miga de pan. Ver también la nota 71, sobre Théodore TRONCHIN, en el capítulo de Gilles de la Tourette, p. 28.

Se da por supuesto que, en estas investigaciones, hay que mantenerse en guardia contra los engaños o las exageraciones, recordando en particular que, como ha mostrado Du Castel, se puede conseguir artificialmente una temperatura exagerada golpeando el extremo del termómetro, argucia que hace que la columna de mercurio suba hasta cifras a veces inverosímiles.

D. Los *trastornos del habla* no han sido bien estudiados en la histérica con anterioridad a estos últimos tiempos. El primer trabajo de conjunto sobre la afasia histérica es el que ha publicado S. H. Serre en Montpellier en 1880 (*Gaz. hebdom. des sc. méd.*) y que ha sido injustamente olvidado en las publicaciones ulteriores. Reproduce con detalle una observación interesante y la relaciona con casos antiguos de Hipócrates, de Primerose y del *Journal* de Vandermunde, y después con los reunidos por Landouzy, Brachet y Briquet, con la observación de Watson, la de Wels, y las aún más recientes de Bucquoy (*Soc. méd. des hôpitaux*, publicada junto con una discusión de Guyot, Dumont-Pallier, Delasiauve y Moreau), Bateman (trad. de Villard) y Richter (citado por Graves).

Vemos cuán completo es este trabajo y merece ser citado, pues no se han hecho grandes aportaciones desde entonces desde el punto de vista histórico.

Posteriores a la memoria de Serre, hay importantes trabajos contemporáneos de Debove, Sevestre, Wilks, Revilliod, Johnson y Demme. Por último, Charcot define de manera definitiva la descripción de lo que llama mutismo histérico en una serie de lecciones publicadas por Gilles de la Tourette y por Cartaz, en el tercer volumen de su obra, y aún más recientemente en los últimos fascículos de las *Leçons du mardi*.

He aquí las principales características asignadas por Charcot a este mutismo histérico. En la gran mayoría de los casos, da comienzo de manera repentina tras un ataque, un sobresalto afectivo o sin causa identificable; la curación es constante, a menudo repentina, pero después de pasado un tiempo extremadamente variable. Este carácter repentino, sin embargo, no es algo invariable, y puede no darse en el comienzo o en el final. Va precedida, y a veces sucedida, por un tartamudeo característico. El enfermo hace todos los movimientos posibles con la lengua y los labios para soplar, silbar, etc., pero le resulta imposible articular una sola palabra, ni siquiera en voz baja, o murmurar, o incluso imitar los movimientos articulares que contempla. Así pues, está mudo y áfono. Se trata de una especie de afasia motriz sin ceguera ni sordera verbales y sin agrafía, cosa que supone una característica importante.

E. Ofreceremos en primer lugar una idea de conjunto sobre los *trastornos psíquicos* que pueden observarse en la neurosis, los clasificaremos a continuación pero sin entretenernos demasiado en esta parte de nuestra tarea.

La histérica padece una impresionabilidad excesiva ante todos los tipos de estimulación. La reacción psíquica es exagerada en todos los sentidos; algunas veces estos trastornos afectan de forma específica, idiosincrásica: en una, se trata de simpatías o antipatías estrambóticas en relación con un objeto particular; en otra, ideas eróticas en grados diversos y de formas variadas. La mayoría de las veces existe el deseo de hacerse notar,

de llamar ruidosamente la atención, de hacerse las interesantes, de inspirar piedad. De ahí una tendencia exacerbada a fingir y a realizar las extravagancias más extraordinarias y más repugnantes: beben su propia orina o ingieren sus propias materias fecales. Son auténticas aberraciones psíquicas. Simultáneamente, la voluntad y la energía moral tienen una gran influencia en el estado psíquico, aun tratándose del más escandaloso.

Estos trastornos psíquicos pueden ser más o menos intensos, más o menos duraderos, e incluso alcanzar la auténtica vesania. La transición entre estos diversos grados es verdaderamente imposible de establecer, y la línea de demarcación imposible de determinar. Es más por la duración que por la intensidad de los elementos por lo que se los puede distinguir.

Las alucinaciones acompañan o suceden a muchos ataques. Hay crisis en las que los trastornos psíquicos son predominantes o incluso la constituyen de forma exclusiva; se puede asistir a ataques de delirio. En estos casos, es extraño que el estado mental sea completamente normal en el intervalo.

El delirio es muchas veces religioso, las pacientes tienden a atribuir a buenos o malos espíritus sus visiones agradables o desagradables. A veces creen que han sido transportadas a un mundo imaginario y junto a un príncipe de ensueño; en tales casos, a menudo intervienen las ideas eróticas.

Incluso a veces es una melancolía profunda, que puede llegar a ideas de suicidio, o bien una locura razonante con ideas de egoísmo; lo reducen todo a sus ideas y a su manera de razonar, que consideran irrefutable. Por último, en ciertos casos, se observa ya primitivamente una especie de demencia, que por lo demás es el resultado de las demás formas.

En resumen, con el fin de considerar completa y analíticamente los diversos fenómenos psíquicos que presenta la histeria, se podrían clasificar de la siguiente manera: 1) trastornos psíquicos relacionados con el ataque, que constituyen el elemento más o menos importante, a veces incluso único, del ataque; 2) trastornos psíquicos permanentes, que forman parte de los estigmas de la neurosis, de los fenómenos fijos, existiendo de manera independiente a los ataques y en el intervalo que media entre los mismos. En esta segunda categoría, hay grados muy diferentes, de forma que se puede ir pasando de unos a otros de manera insensible, y que van desde una gran impresionabilidad hasta la auténtica alienación mental. El primer grupo ya ha sido tratado más arriba a propósito del ataque: no nos ocuparemos aquí, por lo tanto, más que del segundo.

Huchard ha dedicado un capítulo muy interesante de su libro sobre Axenfeld al estudio sobre el carácter, las costumbres, el estado mental y el delirio de las histéricas. Nosotros ofreceremos una rápida visión analítica de este sobresaliente trabajo.

Un primer rasgo de su carácter es la volubilidad, volubilidad en los afectos, que les hacen pasar del amor apasionado a un odio vehemente por las mismas personas, volubilidad en los sentimientos, que les hace pasar del llanto a la risa con una rapidez desconcertante, volubilidad en las ideas, que provoca que la locuacidad más viva se vea sucedida por periodos de ensoñaciones sombrías y taciturnas.

Una especie de ataxia moral provoca que desfiguren completamente el valor de las cosas, de modo que hacen una montaña de un grano de arena y están dispuestas a quitarle antes importancia a una cuchillada que al pinchazo de un alfiler.

También, y casi por encima de todo, está el deseo de hacerse las interesantes, de llamar y retener la atención. De ahí las envidias que vemos aparecen entre las histéricas cuando hay unas cuantas juntas en el mismo lugar, de ahí las denuncias muchas veces falsas, las coqueterías, la necesidad de exagerar algunos hechos verdaderos, de fingir otros que buscan hacer su caso más interesante. Ciertamente se han exagerado los peligros de los engaños en las histéricas, y ciertamente existen; la sola constatación de que existen es un signo de histeria; *apenas si es posible fingir histeria: más bien se finge porque se es histérica*. Esta tendencia a la falsedad, a la mentira, es crucial en medicina forense, sobre todo si va acompañada de espíritu de contradicción, de oposición y de controversia, que también supone un rasgo crucial de su carácter.

Junto a la volubilidad en las ideas y los sentimientos comunes, también se da una invariabilidad extraordinaria de las ideas falsas, las concepciones delirantes, las manifestaciones intelectuales de la neurosis. A menudo las histéricas estás obsesionadas con sentimientos o ideas. La enferma no tiene suficiente voluntad como para fijar las ideas volubles y conjurar las ideas fijas. Es la esclava de sus sensaciones y de su enfermedad; ella no sabe, no puede, no quiere querer, dice Huchard. Esto es muy fiel a la realidad. He aquí por qué siempre necesita de una autoridad a su lado; sólo puede sanar gracias a una voluntad cercana y consentida por ella que remplaza a la suya y la guía. Señalemos, sin embargo, para no caer en ningún tipo de exageración, que hay formas parciales, localizadas, de la histeria mental igual que de todas las demás histerias, es decir, que algunas histéricas, completamente desprovistas de voluntad en uno o varios aspectos, desde otros puntos de vista y en circunstancias diferentes, tienen por el contrario una energía poco común y una fuerza de voluntad ciertamente considerable. No resulta contradictorio más que en apariencia.

Aunque no quisiera incurrir en una falta de cortesía, llamaré la atención sobre el hecho de que la mayor parte de los rasgos de este carácter de las histéricas no son más que una exageración del carácter de la mujer. Esto conduce a concebir la histeria como la exageración del temperamento femenino, como *el temperamento femenino convertido en neurosis.*

Siento verme obligado a truncar así este capítulo tan curioso de la historia de la histeria, y en lo que toca a los detalles remito a los libros de Huchard y de Legrand du Saulle.

V. Diagnóstico. La afección histérica, en palabras de Sydenham, imita a casi todas las enfermedades que aquejan al género humano; y añade en otro lugar: «Cuando he examinado adecuadamente a una enferma, y no encuentro en ella nada que guarde relación con las enfermedades comunes, considero la afección que padece como una histeria». Esto no sólo es exagerado, sino inexacto. Hoy día la histeria entra dentro de las enfermedades «conocidas»; ya no hay que formular este diagnóstico únicamente por eliminación, y basándose en signos negativos o en la ausencia de los mismos. Me he esforzado a lo largo

de todo este artículo en demostrar que, muy al contrario, esta neurosis tiene hoy día una sintomatología precisa, científica: el diagnóstico debe pues establecerse en base a signos positivos. Esto no quiere decir, sin embargo, que este diagnóstico no sea muy difícil en ciertos casos y no incomode algunos días a los especialistas más experimentados.

En primer lugar, debe hacerse el diagnóstico de la naturaleza histérica de un episodio determinado.

Muchas veces el ataque de histeria resulta difícil de distinguir del ataque de epilepsia. Esto es mucho más cierto porque las dos neurosis pueden combinarse y superponerse en el mismo individuo, y en la medida en que la histeria puede adoptar todos los rasgos de la fisonomía del mal comicial. No me detendré en las características diferenciales que pueden encontrarse en la descripción sintomática que hemos ofrecido más arriba, pero sí señalaré tres de ellas que me parecen esenciales: 1º) la pérdida completa de conocimiento y la imposibilidad de recordar lo ocurrido forman parte integrante de todas las formas del mal comicial. En ciertas crisis de histeria, esto también existe, pero al comienzo y al final del ataque encontramos un estado diferente en el que la enferma puede oír o ver sin que pueda dar una respuesta, y posteriormente lo recuerda. Además, por muy reducida que se dé la manifestación comicial (ausencia, vértigo, *petit mal*), siempre viene acompañada por pérdida de conocimiento y de memoria, mientras que las manifestaciones reducidas de la histeria (bolo, espasmo) no conllevan este estado en modo alguno; esto resulta crucial; 2º) aunque de una gravedad aparentemente igual, los trastornos histéricos son bastante menos graves, en el fondo, que los trastornos epilépticos; las funciones intelectuales no se debilitan, la temperatura no se eleva en el período de estado, la repercusión sobre el organismo es infinitamente menor; 3º) el bromuro en altas dosis consigue modificar siempre fructíferamente los ataques de auténtica epilepsia, mientras que la mayoría de las veces resulta completamente ineficaz para combatir los ataques de histeria.

Sería necesario hacer un diagnóstico diferencial para cada una de las demás manifestaciones histéricas, pero los elementos para ello están disponibles en nuestra descripción sintomática, que hemos concebido al efecto. En ella podrán encontrarse las características que permiten reconocer la naturaleza histérica de una parálisis, de una contractura, de una anestesia, etc.

Un segundo aspecto a tener en cuenta en el problema diagnóstico consiste en esforzarse en no considerar una manifestación actual por sí misma de manera aislada, en analizar la situación en su conjunto y en intentar reconocer la histeria. Aquí es donde hay que tener en cuenta, cosa excepcionalmente útil, lo que Charcot ha llamado *estigmas* de la histeria. Esto es crucial para el diagnóstico en las condiciones en las que normalmente hemos de hacerlo, es decir, sin disponer de un síntoma actual suficientemente marcado. Berbez los ha recogido cuidadosamente en su tesis.

En primer lugar, están los estigmas sensitivos. De 100 casos, Berbez los ha encontrado en 93. Lo más frecuente es la reducción del campo visual (70), aunque no la hemiopía, a continuación viene la anestesia de la faringe (55). Se trata de características que debemos buscar inmediatamente en cualquier individuo sospechoso de padecer histeria. Después

vienen: la hemianestesia sensitivo-sensorial completa (38), los puntos histerógenos (35), las anestesias[74] generales o parciales (23), la anestesia distribuida de manera irregular (20), la anestesia de todo el cuerpo en todas sus formas (10), el escotoma brillante como comienzo del ataque (2).

Los estigmas motores han sido encontrados con menor frecuencia. Los ataques (73, y seguimos contándolos por 100 casos) se dividen en: clásicos y regulares (39), irregulares (*hysteria minor*, 34), temblores histéricos (7), tendencia diatésica a las contracturas en 52 casos[75] (18 hombres y 25 mujeres, en total 43), diátesis de contractura (tipo letárgico, 43), tipo con sólo sonambulismo, 0; tipo mixto, 5. En otra estadística, Berbez encuentra la diátesis de contractura 52 veces en 70 enfermas. Los estigmas paralíticos (34) se dividen en hemiplejias, paraplejias (9), monoplejias (10), parálisis irregulares o segmentarias (6), parálisis histero-traumáticas (13), contractura histero-traumática (8). Recordemos de pasada que para el diagnóstico de la parálisis histérica se da ausencia permanente de parálisis facial (aunque en algunas ocasiones el hemiespasmo glosolabial puede parecerse a ella) en la hemiplejia histérica (Charcot).

Finalmente, están los estigmas psíquicos, que se encuentran descritos en el parágrafo inmediatamente anterior a éste.

Esta estadística de Berbez, considerada como un ejemplo, muestra la importancia relativa de estos diversos elementos de diagnóstico. A través de estas características se llega a identificar la histeria no por exclusión, sino de una manera científica y positiva, y se la distingue de lo que no es histeria.

Así es como, precisamente, se diferencian a los histéricos de los neurasténicos. Se trata sin embargo de dos neurosis muy cercanas entre sí, que a veces se entremezclan. No puedo detenerme en el diagnóstico diferencial; remito al artículo *Neurasthénie* de este Diccionario y a las *Leçons du mardi* de Charcot en La Salpêtrière; el neurasténico no cuenta con los estigmas de la histeria y tiene los suyos propios, como la cefalea en casco, la impotencia, etc.

Otro de los objetivos del diagnóstico es saber si nos las vemos con una neurosis pura o hay alguna lesión tras ella. En efecto, puede darse una alteración de los centros nerviosos, y es sabido que la enfermedad puede dar comienzo como neurosis y acabar con lesión: testimonio de ello es una anciana afectada de contractura, un caso de Charcot, que acabó padeciendo una esclerosis de las vías piramidales. La variabilidad de los elementos sintomáticos y la presencia de fenómenos nerviosos propiamente dichos (estigmas) serán de una gran utilidad. Sin embargo, no siempre es fácil distinguirlo. Yo he visto dos casos de histeria sintomática, uno debido a tumores cerebrales, el otro a una esclerosis extendida por un hemisferio. En el primer caso, se había diagnosticado acertadamente la existencia de una alteración del sistema central, pero en el segundo se había pensado que se estaba ante una neurosis pura, clásica.

74. Hay una errata en el original: dice *hystérie*, donde debería decir *anesthésie*.

75. No es fácil comprender la forma de comunicar los datos, o bien hay errores en el original.

La histeria puede presentarse también como epifenómeno en el desarrollo de una enfermedad de un órgano diferente de los centros nerviosos. Así, he visto una histérica que padecía un cáncer de píloro y que falleció a consecuencia del mismo. En estos casos hay que evitar que toda nuestra atención quede absorbida en la observación de los fenómenos nerviosos, pues en caso de descuidarnos, nos equivocaríamos completamente en lo referente al pronóstico y al tratamiento.

VI. Tratamiento. La gente tiende a creer que una enfermedad nerviosa es una enfermedad puramente imaginaria y por lo tanto no tributaria de ningún tratamiento racional. Sin que lleguen tan lejos, muchos médicos consideran inútil tratar de manera seria una enfermedad que ellos ven, como ha dicho Frank, más desagradable que peligrosa. Y sin embargo, si se considera, como hace Landouzy, su gran duración, los enormes sufrimientos que la acompañan, los obstáculos que supone para el ejercicio de las funciones vitales e incluso para llevar a cabo los deberes de la vida en familia y en sociedad, las molestas alteraciones que provoca en la constitución y la extrema susceptibilidad que conlleva en el plano físico y en el moral, habremos de considerar legítimamente que la histeria es una de la enfermedades más temibles.

Sin necesidad de hablar de la muerte que Mollière ha estudiado recientemente en un interesante artículo, pero que de manera general puede considerarse como una rareza excepcional, sin hablar de las lesiones anatómicas que ya hemos dicho que se pueden desarrollar y que suponen entonces la aparición de algo incurable en la enfermedad, pero que constituyen una complicación poco frecuente, podemos decir que la histeria, en sí misma, sin rebasar su propia evolución como neurosis, es una enfermedad persistente, muy rebelde, que sana con una gran dificultad, que es muy difícil de sobrellevar por parte del paciente y sus allegados, y que merece en consecuencia toda la atención terapéutica.

No hay que confundir la fugacidad y la superficialidad de las manifestaciones con la persistencia y la duración de la propia neurosis.

El médico, por lo tanto, debe estar tan preparado como sea posible para *prevenir* y para *combatir* esta cruel enfermedad.

1. Profilaxis. Ya que la herencia desempeña un papel importantísimo, habrá que tomar precauciones específicas no solamente en los hijos de histéricos, sino también en los hijos de epilépticos, de alienados, de neuróticos, para todos los miembros de las familias neuropáticas.

En estos casos, ya durante el embarazo habrá que evitar cualquier tipo de emociones, cualquier causa de excitación. Por lo general, no hay que dejar que la madre amamante al niño, sino que se elegirá a una campesina robusta como nodriza.

En la educación, se empezará temprano a fortalecer el aspecto psíquico y a evitar un desarrollo precoz de tipo intelectual, pero también, y sobre todo, de tipo afectivo. La vida en el campo, simple e incluso carente de ciertas comodidades, los baños y las lociones frías, los paseos, el ejercicio, los juegos movidos y ruidosos, son aconsejables. Se evitarán, por el contrario, los excesos emocionales y sobre todo de sensiblería en las relaciones con

los padres; se prohibirán los internados, el sobreesfuerzo escolar, la búsqueda precipitada de titulaciones inútiles, y más adelante los bailes, las veladas nocturnas, las coqueterías, las historias de miedo y la lectura de novelas. Tissot ha dicho con acierto: Si su hija lee novelas a los quince años, padecerá de vapores a los quince años. En cuanto a la música, se prohibirán las romanzas, la música de tema amoroso, pero no hay necesidad de negarles el piano, que supone una tarea ardua y un ejercicio gimnástico y de precisión, independientemente de lo que intervenga la imaginación. Como dice Briquet, si ve usted a una muchacha darse a las ensoñaciones y dejarse llevar a un país de fantasía, haga que se ponga al piano, y los castillos en el aire caerán bien pronto. En resumen, hace falta ejercitar el cuerpo y los músculos por encima de todo y dirigir la mente sobre todo a los aspectos prácticos, diría casi prosaicos, de la vida cotidiana. También deben desarrollarse las ideas sólidas, que suponen un apoyo en los momentos más importantes de la vida y un consuelo en las inevitables desdichas. No vacilo en decir que en los casos en los que tal cosa es posible, unos principios religiosos sensatos y dispuestos de una manera prudente son útiles para el desarrollo mesurado del hijo de un neurópata.

Este es el sentido que hay que imponerle a la educación, y se deben plantear los detalles a la familia, no como un consejo banal, sino como una regla con validez absoluta y necesaria. En la época que atravesamos, el consejo profiláctico capital debe ser ante todo: no creemos excluidos sociales, formemos niños que dirijan la mirada hacia abajo para que puedan tener compasión y prestar ayuda, en lugar de que miren hacia arriba y sólo sirvan para suspirar y para la envidia, enseñémosles con más ahínco sus deberes que sus derechos, y reduciremos el número de histéricos y contrarrestaremos la creciente invasión de esta neurosis.

¿Debe aconsejarse el matrimonio, a la edad deseada, sea para prevenir sea para curar la histeria? Se trata de una cuestión importante; lo que hemos dicho en la etiología sobre la influencia patogénica de la continencia deja ya entrever nuestra respuesta.

Hipócrates recomienda el matrimonio de igual modo como profiláctico que como curativo. Para una muchacha que corre el riesgo de padecer histeria, *nubat illa et morbum effugiet*[76], en sus propias palabras; y para una muchacha histérica: *ego impero virgines his morbis affectas quam citissime cum viro jungi*[77]. Estas fórmulas han representado el resumen de la enseñanza de manera casi unánime hasta nuestros días.

Briquet ha refutado estos razonamientos con la ayuda de los hechos. No hay nada que indique que el matrimonio sea útil al efecto. Un matrimonio feliz, deseado, puede en efecto ser útil, como cualquier motivo de felicidad, de tranquilidad, pero un matrimonio desgraciado puede ser también la causa de la aparición o del agravamiento de la histeria. Por otra parte, hay que recordar lo que dice Frank: ¿Acaso se puede imaginar a alguien más infeliz que el marido de una histérica? Difícilmente, a no ser, tal vez, que encuentre gusto en la variedad: en efecto, una histérica, en el espacio de veinticuatro horas, está

76. «…que se case, y escapará a la enfermedad» (N. del T.).

77. «…yo prescribo que las vírgenes afectadas por estas alteraciones se junten con un varón lo más pronto posible» (N. del T.).

triste, apacible, dulce, tranquila, irascible, etc., presenta el carácter de diez personas diferentes. E incluso, añadiríamos más: esta variedad no será más que variedad de suplicios, será un infierno constante para el pobre hombre que acabará siendo considerado como un egoísta o un verdugo, dependiendo de si se ocupa o no de la enfermedad de su mujer, si se compadece o intenta librarse de ella, si la reafirma en sus actos o la contradice… No hay que olvidar tampoco la herencia que amenaza a los hijos. Y conforme a todo esto podremos ver que en definitiva el matrimonio no es algo que se pueda considerar como un remedio profiláctico o curativo. Se puede consentir según las circunstancias, pero no se tiene derecho a prescribirlo.

En los casos de epidemia, para evitar y limitar el contagio nervioso, hay que actuar ante todo en el plano moral. El camino a tomar variará según las condiciones dadas. La epidemia de suicidio de las muchachas de Mileto[78] desapareció cuando se les advirtió que todas aquellas que se colgasen serían expuestas desnudas en público, con la cuerda al cuello. Hace unos años, se frenó una epidemia del mismo tipo en una pequeña ciudad de este departamento[79] cuando el cura proclamó desde el púlpito que se les negarían la sepultura cristiana y las plegarias de la Iglesia a todas las que se suicidasen.

También hay que sacar a las personas afectadas de histeria, cuando las circunstancias lo permitan, fuera de los internados, de las congregaciones e incluso apartarlas de su familia. Aquí, indicamos simplemente esta medida a título profiláctico y sólo en interés del entorno aún sano, pero lo volveremos a encontrar y lo trataremos con más detalle dentro de poco a título curativo y en interés de la propia enferma, punto este más importante.

2. Tratamiento curativo. No hay nada que no se haya empleado y alabado para combatir la histeria, desde el polvo de lombrices hasta el pene [de ballena] desecado[80]. Y por lo general todas las medidas terapéuticas prodigadas se suceden unas a otras sin que salga nada reconfortante de una nomenclatura conforme a la cual el médico sabe perfectamente lo que puede prescribir, pero no sabe cuándo hace falta procurar tal o cual medida en vez de otra.

Para llevar a cabo una exposición verdaderamente racional del tratamiento curativo de la histeria, hace falta basarse en el análisis clínico y en las indicaciones; es la única manera de hacerlo. Ahora bien, en mi opinión, el análisis clínico no puede construirse en este caso si no se aplica la doctrina que hemos expuesto en la etiología.

Por lo tanto, aunque sin entrar en detalles, diremos que para nosotros en la histeria (como en todas las neurosis e incluso como en todas las enfermedades del sistema nervioso) se dan tres elementos a considerar como fuentes de gran valor para obtener indicaciones:

78. Ver: PLUTARCO, «Virtudes de mujeres», en *Obras Morales y de Costumbres* (Moralia), vol. III, Madrid, Editorial Gredos, 1987.

79. Suponemos que de Montpellier, ya que GRASSET siempre vivió en esa ciudad.

80. Pene de ballena desecado, o *Leviathan penis*. Cfr.: François Victor MERAT DE VAUMARTOISE, *Dictionnaire universel de matière médicale et de thérapeutique*, Bruselas, Societé Belge de Librairie, 1837, vol. 1, p. 245.

1º) el estado afectivo de fondo, el estado diatésico que a menudo se encuentra detrás de la neurosis y que constituye su fondo constitucional, o, de modo más general, la auténtica enfermedad, general o local, que viene a ser el origen de la histeria; 2º) el estado del sistema nervioso considerado en su conjunto, que sirve de intermediario entre la diátesis y los accidentes histéricos, estado puramente funcional, si se quiere, pero también un estado específico cuya existencia no se puede discutir; 3º) los hechos mórbidos, es decir, los síntomas, las manifestaciones propiamente dichas de la enfermedad. Revisaremos sucesivamente las indicaciones que se obtienen de estos tres elementos en orden inverso al que hemos empleado para presentarlos.

A. *Medidas empleadas contra las manifestaciones sintomáticas.* La medicina de los síntomas ha sido muy criticada, y se ha dicho con razón que es anticlínica, pero del hecho de que no debamos contentarnos sólo con la indicación que nos aporta, no se sigue que no tenga su importancia; algunas veces los síntomas son lo bastante molestos como para requerir de un procedimiento terapéutico que los ataje; las parálisis histéricas son muy difíciles de sobrellevar y a menudo muy largas, las contracturas, e incluso los grandes ataques, son muy desagradables para los enfermos y para los que los rodean… Conviene, por lo tanto, intentar liberar tanto como sea posible al histérico de las manifestaciones de su enfermedad.

a. Hablemos en primer lugar de los procedimientos terapéuticos dirigidos *contra el propio ataque* de histeria, y primeramente de los procedimientos empleados para detenerlo, para hacer que aborte.

Partiendo de la idea antigua que ya hemos recordado varias veces, Areteo recomendaba hacer lo posible para que el útero recupere su posición y la mantenga; para ello, se empujaba a la matriz para hacerla volver a la pelvis y se aplicaba una gran presión [con vendajes]. A partir de una teoría absurda se llegó a algo verdadero y útil: la conveniencia de la presión sobre el vientre. Lo que sucede es que en realidad el orden de los conceptos era el inverso del que se suele decir generalmente: los antiguos no habían construido su teoría *a priori* para deducir de ella la práctica; habían observado atentamente los hechos en primer lugar y a continuación construyeron su teoría; ésta ha cambiado, pero los hechos siguen existiendo. La práctica ha subsistido. En el siglo XVI, Monardès ponía una piedra grande sobre el vientre de sus enfermas; en el XVII, Willis aconsejaba la compresión del abdomen para impedir que el espasmo convulsivo subiese hasta el cuello y la cabeza; en el XVIII, la recomendación popular indica este procedimiento para socorrer a los «convulsionarios»: unas veces se presionaba el vientre con un morillo pesado o con una mano de mortero; otras veces se comprimía con fuerza el vientre por medio de largas vendas que se disponían en ambas direcciones; y otras veces, por último, cuatro o incluso cinco personas hacían peso sobre el cuerpo de la enferma.

Resulta curioso que esta práctica se haya conservado entre el vulgo, al menos en una parte de nuestra población. Hemos llegado a ver, en un arrabal de la ciudad, a un alcohólico que sufre ataques epileptiformes: cuando le asalta una crisis, sea en la calle o no,

su mujer y su hija, que siempre lo acompañan, se sientan encima de él y le piden que haga lo mismo al transeúnte que pase en ese momento por allí.

En nuestra época se ha vuelto a considerar el estudio científico de este tratamiento. Récamier hacía que pusiesen sobre el vientre una almohada o el cojín de un sillón y que se sentase alguien encima. Briquet rechaza esta práctica y declara que es ineficaz e incluso peligrosa. La cuestión ha vuelto a ser considerada más adelante, con la salvedad de que el ovario ha ocupado el lugar del útero. Négrier recomienda la presión sobre la región ovárica, pero su libro no ha tenido gran repercusión ni muchos seguidores.

Charcot ha destacado otra vez la relevancia de este asunto. Presenta casos graves de histeroepilepsia en los cuales se da un evidente dolor ovárico y aura a partir del mismo. Cuando el acceso se ha producido, la mujer está en el suelo sobre un colchón, el médico pone una rodilla en el suelo y hunde el puño cerrado en la fosa iliaca, que es lugar de asiento del ovario. Tiene que hacer uso de toda su fuerza para vencer la rigidez de los músculos abdominales. Una vez se ha vencido esta resistencia, cuando se ha llegado a hacer fuerza entre las caderas, se manifiesta el alivio; se producen algunos movimientos de deglución y la resolución llega a los músculos. Hace falta mantener la presión durante algunos minutos, y entonces el ataque ha terminado por completo; de lo contrario, podría volver a empezar. No en todas las enfermas el resultado es tan efectivo. En algunas el ataque sólo cambia, pero siempre para bien.

Este hecho está fuera de toda duda y nosotros lo hemos puesto en práctica bastante a menudo, pero por otra parte no se puede negar la brutalidad de este procedimiento, que resulta inoportuno en algunas circunstancias. Como dice Bernutz, es muy difícil que una madre permita alguna vez que se emplee con su hija. En principio, por otra parte, el ataque de histeria más común no requiere de una medida terapéutica de tanto alcance. Sólo habrá que ponerlo en práctica en los ataques graves de histeroepilepsia, que, repitiéndose muchas veces, pudieran poner en peligro la vida del enfermo. En la iconografía fotográfica de La Salpêtrière podrán verse los resultados obtenidos mediante la presión ovárica prolongada gracias a un compresor, por ejemplo el de Poirier.

Por lo demás, lo que acabamos de decir sobre la región ovárica puede generalizarse a todas las zonas histerógenas que sean también histerofrenadoras. Junto con Brousse hemos publicado la historia clínica de una histérica cuyos ataques lográbamos detener con facilidad apretando las muñecas o los tobillos, o ejerciendo presión sobre la parte inferior de los senos o el ángulo de los omoplatos. No nos es necesario volver en este punto sobre la situación habitual de estas zonas histerógenas de las que ya hemos hablado detenidamente más arriba.

Un procedimiento análogo en cierta medida para hacer que aborte el ataque es la constricción de la laringe propuesta por Guéneau de Mussy: se trata de una especie de auténtico estrangulamiento. La cosa está todavía por probar, pues no está demostrado que sea eficaz de manera general.

Richer y Regnard han destacado los efectos que produce la corriente galvánica en los ataques de histeria y sobre todo de histeroepilepsia. La corriente continua aplicada durante el periodo de estado histeroepiléptico siempre ha disminuido el número de ata-

ques. Los cambios de polaridad de la corriente detienen generalmente el ataque, pero en el caso de que ya haya comenzado: por ejemplo, si se aplican cuarenta elementos Trouvé[81] a un enfermo en estado de ataque y se invierten los polos, la estimulación que conlleva este corte de corriente ocasiona que el ataque cese inmediatamente. Añadamos en último lugar que los ataques pueden desaparecer definitivamente, o, lo cual es más frecuente, pueden reaparecer pero cada vez más espaciados entre sí y perdiendo poco a poco su intensidad.

Los médicos antiguos aumentaron el número de los métodos terapéuticos de intervención en los ataques que querían acortar, por considerarlos de gran riesgo o peligrosos. Desde arrancar las uñas o un pelo del pubis, hasta píldoras muy elaboradas en cuya formación tomaba parte la placenta desecada, no hay nada que no se haya puesto en práctica. No hablaré de las prácticas que preconizaban Forestus y muchos otros, basadas en el hecho, más o menos fiel a la realidad, del derrame del mucus vaginal al final de ataque. Son procedimientos que la moral y las formas de decoro más elementales reprueban de modo total y absoluto.

Briquet recomienda el cloroformo. Las histéricas son muy sensibles al efecto que produce. Se coloca bajo la nariz gasa mojada en esta sustancia. Al principio la enferma hace algunos movimientos para quitárselo, después la agitación desparece, los músculos se relajan; al cabo de unos minutos, la enferma se duerme y las convulsiones desaparecen. Según reconoce incluso el mismo Briquet, las fuertes convulsiones sólo se detienen momentáneamente, y la medida terapéutica sólo surte el efecto deseado en los ataques de intensidad media. En consecuencia, vuelve a ser pertinente la objeción que el propio Briquet planteaba respecto de otros procedimientos: no merece la pena emplear una medida terapéutica que, a fin de cuentas, resulte peligroso, sólo para atajar ataques que no conllevan peligro.

También se ha probado el nitrito de amilo. Bourneville ha detenido ataques de histeria grave e histeroepilepsia con inhalaciones de esta sustancia. Se trata de una medida terapéutica muy peligrosa y hasta hoy no estudiada de forma suficiente. Más recientemente Bourneville y d'Olier han probado el bromuro de etilo. Este medicamento, administrado varias veces a cinco varones histéricos de Bicêtre y a enfermos de La Salpêtrière, ha provocado casi siempre la desaparición de los fenómenos convulsivos y, varias veces, en dos enfermos, a que se pase rápidamente del periodo de clownismo al de deliro.

La mayoría de las veces uno se limitará a vigilar a la enferma durante el ataque. Se le despoja a la paciente de todo lo que puede dificultar la circulación o la respiración: ropa, cinturón, etc. Ha de permanecer en la cama; algunas veces hace falta contener las convulsiones, cuando son demasiado fuertes, mediante la inmovilización de los cuatro miembros. No se debe recurrir a la sujeción mecánica si no es absolutamente necesario. Se pueden realizar algunas inhalaciones antiespasmódicas. Un poco de agua fría, vertida sobre ella o para que la beba, resulta útil: se ha recomendado que la enferma trague, por

81. Elementos Trouvé: una clase de electrodos empleados en electroterapia.

voluntad propia o por la fuerza, un buen vaso de agua fría; no hay que tener miedo de que pueda ahogarse. Por último, si el caso es grave y es una mujer ovárica, probaremos con la presión sobre el ovario o sobre otra zona histerofrenadora ya conocida o que busquemos en ese momento.

En un caso bastante preocupante, a pesar de que se daba una aparente pérdida de conocimiento completa, de una enferma que yo nunca había dormido, pero sobre la que tenía una gran influencia, logré suscitar en ella mediante órdenes reiteradas un estado de tranquilidad y después el sueño, y a continuación la desperté de manera que, también por sugestión, conseguí una tranquilidad completa.

b. Se han empleado muchos *medicamentos* contra las manifestaciones de la histeria. Y para empezar, los *antiespasmódicos*.

Según los teóricos antiguos, el útero sentía horror por los malos olores y los evitaba huyendo, mientras que amaba y buscaba los perfumes. De ahí se desarrolló toda una medicación: se hacía que las enfermas respirasen fétidos para que el útero huyese de las partes superiores del cuerpo, y se practicaban fumigaciones perfumadas de la vulva, con el fin de hacer que descendiese y volviese a su posición natural. Los fétidos empleados eran muy variados: el castóreo era uno de los preferidos. También se aconsejaba cuerno de ciervo, cuero viejo, pie de alce, pie de chivo, mecha de lámpara apagada, pelo de hombre y de animales, verrugas de los pies de los caballos; se prescribía quemar esto bajo la nariz.

Estas ideas y prácticas son bastante extrañas. Pero nosotros sabemos que los contemporáneos, siguiendo a Fonssagrives, han llegado a definir el grupo de los antiespasmódicos únicamente por su carácter volátil y oloroso.

¿Cuál es el efecto de los antiespasmódicos en la histeria? Briquet arremete firmemente contra estos procedimientos terapéuticos; Bernutz, por el contrario, los defiende. Para recapitular puede decirse que producen una estupefacción difusa, poco profunda y pasajera, que sólo difiere en grado del efecto anestésico. Por lo tanto, están indicados para combatir no la neurosis histérica, sino algunas de sus manifestaciones, espasmos o convulsiones. La principal indicación de estos agentes se encuentra en ese estado de irritación, de excitación, de eretismo nervioso, que precede o sucede a los ataques, el estado de inminencia espasmódica, el ataque incompleto, el bolo histérico, el nerviosismo. Estos agentes pueden disipar estos estados por completo.

En los casos de excitación más intensa y duradera, los antiespasmódicos están indicados también para otro fin: producen un efecto sedante pasajero y permiten el tratamiento del fondo de la histeria, calmando el eretismo general que obstaculiza este tratamiento. También son empleados con éxito para combatir algunos espasmos poco tenaces: la constricción de la garganta, la estrangulación, e incluso la disfagia ceden a veces ante el éter.

La reacción de las enfermas frente a estas sustancias, por otra parte, es muy variable, y siempre hay que tener en cuenta observaciones anteriores si las hay. Así, algunas enfermas no pueden oler el éter, el cual las altera en lugar de calmarlas. En una enferma de Charcot, las inhalaciones prolongadas de éter dan lugar, bastante a menudo, a un estado cataléptico;

el éter ocasiona también en algunas un delirio que presenta una gran analogía con el que tiene lugar tras los ataques; la voluntad parece estar ausente; la enferma se abandona a confidencias que revelan sus aspiraciones, sus deseos más íntimos. Las impresiones de tipo sexual dominan en varias histéricas dentro del delirio producido por el éter.

Sin que vaya en perjuicio de estas consideraciones, puede decirse que los antiespasmódicos atacan a los fenómenos de excitación motriz de la histeria a condición de que los fenómenos sean poco tenaces y poco profundos: por el contrario, las convulsiones tenaces y habituales (la tos, por ejemplo) resisten habitualmente.

Como anexo a la medicación antiespasmódica, mencionaremos el ejercicio repetido de los músculos afectados, que puede ser beneficioso para los trastornos musculares. Así, para los trastornos bucales, en los casos de bostezos u otros espasmos del mismo tipo, resulta útil el ejercicio regular de la palabra: se aconseja declamar versos, escandir palabras, leer en voz alta, cantar acompasadamente. Igualmente cuando se trata de los miembros inferiores: Bernutz menciona el caso de una señora a la que hacían andar delante o detrás de un tambor tocando a carga.

c. Para obtener una acción permanente, hace falta recurrir a los *estupefacientes inyectados*, narcóticos y anestésicos. Con la salvedad de que, para estos agentes más que para cualquier otro, hay que tener en cuenta las susceptibilidades personales, la ataxia terapéutica que algunos atáxicos pueden producir de forma tan exagerada. Combal menciona el caso de una señora que no podía tomar ni una sola gota de láudano, ni siquiera de improviso, sin que provocase en ella un delirio. Bernutz ha visto a otra que admitía lavativas con 200 gramos de láudano sin que la ocasionase ningún efecto. En este asunto, por lo demás, no hay que aceptar más que lo que uno mismo ha visto y controlado: las histéricas a menudo quieren hacer creer que no aguantan más que dosis infinitesimales de los medicamentos, pues cada una de ellas está convencida de que es un caso único en el mundo. Cuántas veces habremos visto que ciertas enfermas, a las que hubiese provocado la muerte un preparado cualquiera de opio, soportaban perfectamente inyecciones de morfina administradas con otro nombre.

Cuando se tolera bien, el opio administrado repetidas veces en una dosis bastante alta es un excelente tratamiento contra los estados dolorosos o convulsivos duraderos. Debe preferirse al uso de la belladona, que provoca más rápidamente fenómenos de intoxicación. La belladona estaría indicada generalmente en los casos de auténtica idiosincrasia contra el opio y en los casos de estreñimiento persistente y molesto; en esta última circunstancia puede ser muy eficaz combinar las dos medidas terapéuticas. La inyección hipodérmica de morfina (siempre asociada a una pequeña cantidad de atropina para evitar los vómitos) es una medida muy útil contra muchas manifestaciones histéricas: yo he visto cómo incluso hemorragias muy alarmantes de naturaleza histérica, respondían perfectamente a esta medida terapéutica y sólo a ésta. Pero hay que seguir absolutamente siempre la regla de hacer uno mismo las inyecciones a la enferma: dejar la jeringuilla y la solución a una histérica, aunque sólo sea una vez, es un error que da paso a la aparición del morfinismo.

Los bromuros son empleados diariamente en todas las neurosis, y puede decirse que no hay histérica que no lo haya tomado en grandes dosis. Como ya escribí hace bastante

tiempo, cuanto más histéricas observo, menos administro bromuro para combatir esta neurosis. Incluso he llegado a hacer de su falta de efectividad un medio de diagnóstico en los casos en que se duda entre los ataques de histeria y los ataques de epilepsia. Un verdadero enfermo comicial siempre responde bien a dosis altas (de 8 a 10 gramos) de bromuro alcalino administradas rigurosamente y sin interrupción, mientras que las mismas dosis de la misma sustancia pueden no producir ningún tipo de resultado en una histérica con ataques convulsivos frecuentes. No creo, por lo tanto, que los bromuros sean útiles contra los ataques de histeria. Están más bien indicados contra el estado de nerviosismo vago que las histéricas presentan a menudo al margen de cualquier ataque: se trata del mismo efecto que tienen los antiespasmódicos pero menos rápido y más prolongado. Se elegirá el bromuro de sodio o la combinación de los tres bromuros de potasio, sodio y amonio respectivamente. En todos los casos en los que administro bromuro durante mucho tiempo suelo combinarlo con arsénico (licor de Fowler en vino de quinina o solución acuosa de arseniato de sosa): se trata de un correctivo de los efectos producidos sobre la fuerza y la piel.

También el cloral es un buen sedante del sistema nervioso; se empleará sobre todo como hipnótico. Se combina a menudo con el bromuro. Para inducir al sueño, suelo considerar adecuada una combinación cuyo uso ha extendido una conocida farmacéutica, pero que puede prescribirse: 1 gramo de cloral, 1 gramo de bromuro de sodio, 1 centigramo de extracto de bolaño y un centigramo de extracto de cáñamo de la india por cada cucharada de un julepe gomoso; se toman entre dos y cuatro cucharadas cada hora o cada media hora, por la noche a partir de las diez, en una taza de infusión de hojas de naranjo.

Los hipnóticos más recientes, el paraldehído, la hipnona, el uretano, también resultan útiles, pues permiten variar de medicamento; esto es necesario muchas veces, sea porque la enferma se acostumbre y ya no le afecte el primero, sea porque presente la tendencia a depender de él.

Por lo demás, considero estos medicamentos un poco como medicamentos excepcionales en la histeria. Por lo general, es preciso más bien guardar a las enfermas de avanzar por la vía de los medicamentos que lanzarlas a través de ella. A menudo la morfina, el éter o el cloral son objeto de abusos deplorables y la causa de verdaderas manías e intoxicaciones crónicas, de las que después cuesta mucho librarlas.

Entre las aportaciones recientes de la terapéutica, la antipirina es un medicamento muy bueno para el dolor en la histeria, sobre todo para el dolor preciso limitado (migrañas, neuralgias, etc.), y no tanto para el dolor vago y generalizado. Para que la antipirina surta efecto hace falta administrarla por la mañana en ayunas, de dos a cuatro gramos dados de uno en uno con una hora de intervalo.

La solanina[82] también resulta útil. Aunque hayamos mostrado, junto con Sarda, que se trataba ante todo del medicamento de las fibras piramidales, también hemos comprobado

82. Solanina: una mezcla de glucoalcaloides obtenidos de las plantas solanáceas. Se utilizó como analgésico en neuralgias y como antiespasmódico en disurias, en los dolores abdominales de los lactantes y en los cólicos nefríticos; también como antipruriginoso.

que calmaba dolores que habían resistido a la antipirina y a la acetanilida, y recientemente he visto que daba buenos resultados para atenuar y espaciar grandes ataques diarios de histeria contra los cuales todos los demás procedimientos terapéuticos clásicos habían fracasado.

d. *Metaloterapia y estesiógenos.* Todas las medidas terapéuticas que acabamos de revisar van dirigidas sobre todo a los fenómenos de excitación (bien motriz, bien sensitiva) de la histeria. He aquí una categoría completamente diferente destinada a combatir y eliminar las anestesias.

Son conocidas las investigaciones de Burq sobre la metaloterapia, investigaciones que se han retomado y confirmado en La Salpêtrière. Cuando se aplica una placa metálica sobre la piel de una histérica afectada de hemianestesia, la sensibilidad vuelve a la vez que la fuerza muscular aumenta y la temperatura sube. No todos los metales producen estos efectos en la misma enferma; una histérica es sensible a un metal dado, algunas veces a dos o incluso a tres. Esta sensibilidad metálica es por lo general fija, constante e invariable para la misma enferma. Sin embargo, en alguna ocasión se han observado variaciones; después de aplicaciones reiteradas, de una perturbación causada por la electricidad[83], puede desaparecer. También desaparece a menudo cuando se acercan grandes ataques. El fenómeno que se produce de este modo es transitorio. Tanto si se dejan como si no los metales aplicados sobre la piel, se observa al cabo de cierto tiempo que la sensibilidad desaparece de nuevo en los mismos puntos: se trata de la anestesia de repetición (o recurrente). A la vez que la sensibilidad, general y especial, reaparece en una región anestesiada, desaparece en la región simétrica. Este es el fenómeno del desplazamiento, constatado en primer lugar por Gellé (en lo que concierne al oído) y cuyo nombre debemos a Dumont-Pallier. Además, antes de que la anestesia recurrente se establezca de manera definitiva, se observan oscilaciones sucesivas. Estas oscilaciones, descubiertas por Charcot y estudiadas al detalle por Richer, se producen tanto si la aplicación del metal es continua como si no lo es. Su número es muy variable; han llegado a observarse 10, 12 e incluso más.

Si una histérica sana de una hemianestesia (por una causa o por otra) y se vuelve a aplicar el metal al que era sensible, la anestesia reaparece (Charcot). Esta anestesia metálica o post-metálica aparece en el mismo momento de la aplicación, a continuación se extiende desde ahí a todo el cuerpo siguiendo un orden singular de sucesos: empieza por cuatro puntos simétricos, entre los cuales está la sede de la aplicación. La anestesia provocada o metálica tiene un valor diagnóstico y pronóstico, pues Charcot ha constatado que esta facilidad para desarrollar la anestesia disminuye en las enfermas a medida que la histeria remite.

Se desarrolla la misma serie de fenómenos si en una histérica afectada de hemianestesia se aplica el metal en el lado sano en lugar de aplicarlo en el lado anestesiado. Esta manera de proceder también ha sido efectiva en ciertos casos en los que la experiencia básica no lo había sido.

83. Nos resulta imposible saber a qué se refiere concretamente el autor.

La anestesia no es la única manifestación histérica que queda modificada por la aplicación de metales. Se ha visto que los mismos procedimientos actuaban del mismo modo en parálisis, contracturas, ataques convulsivos, el estado hipnótico y la catalepsia. Todos estos estados pueden ser provocados y objeto de desplazamiento por la acción de los metales. De este modo, añade Charcot, se pueden poner en evidencia diferentes estados patológicos cuyas condiciones están ya presentes en el sujeto.

A partir de una serie de experiencias que es imposible reproducir aquí, Vigouroux ha sacado la conclusión de que la acción de un metal activo queda alterada por un segundo metal inactivo situado en el mismo miembro pero a cierta distancia del primero. En realidad, el metal neutro no anula el efecto del metal activo. Paraliza el estado de inervación tal como tiene lugar en el momento en el que se aplica. Hace que sea duradero el estado de desplazamiento o el estado primitivo, dependiendo de si la superposición se hace en uno de estos estados o en el otro. Estas observaciones permiten transformar la metaloscopia en metaloterapia externa.

La metaloterapia interna consiste en administrar en el interior del cuerpo el metal al que la histérica ha resultado ser sensible; parece que ha dado algunos resultados en cierto número de casos. Sin embargo, hay que recordar que se trata de un aspecto menos establecido que los precedentes en la doctrina de Burq, y que no hay que hacer que la metaloscopia y la metaloterapia interna sean dependan la una de la otra.

En una serie de trabajos que nos es imposible resumir, se han comparado estas aplicaciones metálicas a las corrientes continuas débiles, la electricidad estática, los solenoides y los imanes: con el gran imán de Charcot se ocasionan los mismos fenómenos que acabamos de describir. Incluso recomendamos que se comience habitualmente por este procedimiento terapéutico; cuando una histérica es sensible a un metal cualquiera, normalmente sufre la influencia del imán. Y por lo tanto, si en una enferma el imán no provoca ningún efecto, no es necesario probar la larga serie de los metales. Sólo hay que recordar que siempre es necesario emplear un imán muy potente.

También se ha probado en La Salpêtrière, con el mismo resultado, el uso de las vibraciones sonoras de un diapasón. Para que actúe de manera local, se hace que la enferma apoye la mano sobre la caja de resonancia; para que actúe de manera general, se coloca a la enferma directamente sobre la propia caja de resonancia. De este modo se provoca la desaparición de las anestesias, etc.

También se han obtenido los mismos resultados con agentes térmicos. Regnard y Vigouroux han provocado desplazamientos, anestesias, contracturas provocadas, etc., usando el frío. Therme ha demostrado que el agua bien a 8, bien a 38 grados puede, según los sujetos, tener el mismo efecto que los metales sensibles.

Los discos de madera también tienen resultados en algunos casos. Hughes Bennett ha hecho que desaparezca una anestesia aplicando discos de madera sobre la piel; incluso ha administrado cuasia en el interior para completar el tratamiento. Westphal ha obtenido resultados análogos con medallones de hueso o de marfil. Más recientemente, Dujardin-Beaumetz y Jourdanis han retomado este estudio de la xiloterapia. Las placas de madera aplicadas directamente sobre la piel despertarían la sensibilidad en las enfermas

que padecen anestesia con más prontitud que los metales. No todos los tipos de madera actúan con la misma intensidad; pueden clasificarse, desde el punto de vista de la eficacia de su acción, por este orden: quino, tuya, palo de rosa, caoba, pino branco[84], nogal, arce, manzano; no se obtiene ningún efecto visible con el álamo, el fresno, el palisandro y el sicomoro (el mármol y la piedra no producen ningún resultado). En ningún caso se ha obtenido desplazamiento; la recuperación de la sensibilidad siempre ha sido muy poco duradera. La temperatura de la placa de madera no influye en los resultados.

Por último, nosotros mismos hemos añadido en 1880 los vesicatorios a la lista de los estesiógenos. Hemos estudiado junto con Blaise la evolución de la sensibilidad en estos casos y hemos constatado el curioso hecho de la evolución de la sensibilidad por segmentos de miembro y no por zonas nerviosas, como se ha observado a continuación en los histero-traumatismos.

Habría dos características particulares que distinguirían el efecto estesiógeno en las anestesias histéricas del que se produce en las anestesias orgánicas.

En estas últimas no hay desplazamiento y el efecto es permanente; en las primeras, por el contrario, hay desplazamiento con oscilaciones sucesivas y vuelta definitiva al estado anterior. Esta norma general, válida para la mayoría de los casos, no tiene sin embargo una validez absoluta. Vigouroux y otros han visto el desplazamiento en casos de origen orgánico o tóxico. Proust y Ballet y otros han visto también, en casos análogos, que los efectos no eran permanentes y que aumentaba su duración tras cada nueva aplicación. Por otra parte, Debove ha demostrado que se evita el desplazamiento y se obtienen curaciones en las histéricas mediante la imantación bilateral y prolongada.

e. *Electroterapia e hidroterapia*. Ya hemos hablado más arriba de la acción de la electricidad sobre el ataque.

La electrificación *farádica* de la piel (con electrodos secos) es muy adecuada para combatir las anestesias, actúa de manera más o menos rápida y casi siempre hace que desaparezcan, al menos por un tiempo. Además, el dolor producido es, en ciertos casos, un potente medio de perturbación[85], y el miedo a una nueva sesión puede completar la cura; este es el resultado que hemos obtenido con una enferma a la que una electrificación dolorosa ha terminado sanando su parálisis. Recomendada también como medida perturbadora contra las convulsiones tenaces, Briquet la aconseja para combatir la tos histérica y los espasmos permanentes; el efecto psíquico debe desempeñar aquí un papel muy importante. También se emplean con buenos resultados las corrientes interrumpidas para tratar las parálisis (con electrodos húmedos).

La electricidad *galvánica* (corrientes continuas) también tiene una influencia beneficiosa sobre las parálisis. Son los únicos agentes que hay contra las contracturas fijas; por último, desempeñan un papel muy importante en el tratamiento de las atrofias musculares.

84. En francés *pitchpin* o *pitch-pin*, del inglés *pitch pine*, pino autóctono de las montañas del este de América del norte (N. del T.).

85. Se trataba de alterar un sistema que había encontrado un equilibrio patológico.

El taburete (electricidad *estática*) es un excelente calmante por sí mismo y sin el uso de chispazos[86]. En todas las formas de histeria caracterizadas por la excitación motriz y sobre todo sensitiva, está indicado y resulta muy útil; provoca el sueño. Añadiendo el uso de chispas/chispazos, se pueden combatir las parálisis y sobre todo las anestesias.

La *hidroterapia* es un agente complejo que, cuando se sabe usar, puede producir en la histeria los efectos más diversos y aparentemente más opuestos. El agua, según los casos, es una medida terapéutica sedante o excitante, de perturbación o de tonificación.

Los baños prolongados de agua templada son un buen agente sedante a emplear contra todos los fenómenos de excitación. Pomme hacía un uso frecuente de los mismos y se lamentaba de que la jornada no tuviese más de veinticuatro horas para prolongarlos aún más. Es un medio terapéutico excelente contra las convulsiones permanentes: se les da una duración de cuatro, seis u ocho horas. Se pueden administrar sea sólo con agua (de 33 a 35 grados centígrados), sea con una decocción de tila; nosotros sentimos preferencia por sumarle entre 100 y 200 gramos de sub-carbonato de sodio[87] y 500 gramos de gelatina o almidón en el baño de tila o de belladona. El baño de agua salada (con 5 kilogramos de sal marina y 1 litro de agua madre de Salies de Béarn[88]) es mucho más tonificante y, al contrario de lo que podría pensarse, no es excitante; estos baños serán de entre quince y veinte minutos de duración. Cuando por el contrario se trata de baños calmantes de larga duración, a veces conviene servirse de una hamaca, que es muy cómoda, para que la enferma no se canse de estar en la bañera.

El agua helada también tiene un efecto sedante. La ingestión de hielo picado, la aplicación epigástrica de una bolsa de hielo, resultan útiles contra los vómitos y el hipo. Cruveilhier hacía que sus enfermas bebiesen varios vasos de agua fría en porrón[89]. Briquet prescribe el hielo picado y tomado por cucharadas soperas.

La acción perturbadora se obtiene cuando se lanza agua sobre la cara o el cuerpo de las histéricas durante el ataque.

En cuanto al efecto tónico general y tónico específico sobre el sistema nervioso, que puede obtenerse con la sábana húmeda, las lociones frías, las afusiones y las duchas, entra más bien dentro del tratamiento de la propia neurosis, y volveremos a ocuparnos de ello enseguida.

f. *Hipnotismo*. Habiendo un artículo en este Diccionario dedicado exclusivamente al hipnotismo, no puedo ofrecer aquí sobre este tema los desarrollos que le convendrían.

---

86. La electroterapia había sido impulsada desde la Revolución por Marat. El «taburete o baño eléctrico de asiento», pretendía sumir al paciente en un baño de electricidad estática. A veces, con un «estimulador», producían chispazos «terapéuticos». Se utilizó en la obesidad y la diabetes. La «ducha eléctrica» se empleó en neurastenia, neuralgias, migrañas, ataxias, etc.

87. Nomenclatura arcaica del carbonato de sodio.(N. del T.).

88. Aguas madre: Concentrado de agua mineral natural obtenido por calentamiento y evaporación, que presenta propiedades terapéuticas gracias a la alta concentración de minerales. Las aguas minerales naturales de Salies-de-Béarn (PIrineos Atlánticos) contienen cloruros y otras sales de sodio.

89. Or.: *à la régalade*, forma de beber vertiendo el líquido directamente en el gaznate sin pasar por los labios (N. del T.).

Pero es imposible no decir unas palabras sobre ello en el tratamiento de los síntomas de la histeria.

Hay que tener cuidado en evitar dentro de esta cuestión excesos de entusiasmo y de desprecio entre los cuales la ciencia parece estar destinada a oscilar. El hipnotismo es peligroso, no tengo intención de negarlo, pero el opio, el arsénico y la digital también lo son. El hipnotismo es peligroso en los sujetos que no tienen necesidad de él o que tienen una mala disposición para el mismo; es peligroso en manos torpes o inexpertas, pero en manos de un médico concienzudo, honesto y leal, puede producir los efectos *terapéuticos* más beneficiosos: esta es una convicción absolutamente inquebrantable para mí y basada en un número ya respetable de hechos.

El método terapéutico no es aplicable en todos los casos, para empezar porque no todas las histéricas son hipnotizables. Hay un cierto número de histéricas en las que no se puede provocar el sueño; su número es, según ciertas estadísticas, por ejemplo la de Bernheim, más grande incluso de lo que se podría pensar en un primer momento. Sin que pueda aportar cifras precisas, yo diría incluso que el número de histéricas hipnotizables es relativamente inferior al número de individuos hipnotizables en general. Para conocer la reacción de un enfermo a este procedimiento terapéutico, no conozco ningún otro procedimiento que el de intentarlo; me he ocupado del hipnoscopio de Ochorowicz en otro lugar y pienso que tiene menos valor que una prueba directa. Si en unas cuantas sesiones no se obtiene *nada*, yo no insisto. Si hay algún resultado y el sujeto no se siente hastiado, y se encuentra bien, hay que continuar: a continuación se obtendrán más resultados.

Hay otra categoría de histéricas que no puede tratarse con hipnosis. Son sujetos a los que fijar la mirada y la sugestión los sumergen, no en el sueño lúcido del hipnotismo normal, sino en una crisis de histeria. Nosotros hemos mostrado, junto con Brousse, que los caracteres somáticos fijos del hipnotismo en las histéricas a menudo son los mismos caracteres del ataque espontáneo de histeria en estas enfermas. En tales casos, algunas veces la enferma se duerme ante la mirada fija, pero desarrolla una crisis que no es el estado sugestionable que se precisa. No hay que desanimarse ya de entrada con estas enfermas; a veces a fuerza de intentarlo se obtiene un sueño aprovechable. Si no se llega a nada tras unas cuantas sesiones, se renunciará a este procedimiento terapéutico del mismo modo que en las no hipnotizables.

Este procedimiento, por lo tanto, sólo puede emplearse en las histéricas sugestionables, pues, no dudo en formular esto como un principio, el empleo terapéutico del hipnotismo en la histeria equivale por entero al uso de la medicación sugestiva[90].

Sin duda, el sueño provocado es bueno por sí mismo; hace falta que procure en las enfermas más alivio y relajación que tensión. Pero el auténtico y único medio de hacer de él un agente terapéutico eficaz, es sumarle la sugestión. Es la sugestión la que viene a ser el auténtico agente terapéutico del hipnotismo en la histeria.

90. O sea, la «sugestión armada», con placebos.

Una vez establecido esto, no trataré los diversos procedimientos que existen para provocar el sueño. En mi opinión sólo hay uno en la realidad, y es la fijación de la mirada. Se dispone previamente una atmósfera favorable en torno a la enferma, se prepara el ambiente, que debe ser persuasivo, se fija el día y la hora, se gana la confianza del sujeto, se le fuerza a pensar en la sesión y en sus resultados (sugestión prehipnótica), se fijan los ojos en ella diciéndole que no piense más que dormir, se le induce suavemente a que duerma, y termina por dormirse.

¿Cuáles son las indicaciones específicas del hipnotismo en la histeria? Todas las manifestaciones locales, todos los síntomas específicos. Cuanto más localizada está una histeria, más restringido y preciso es el síntoma, más resultados aporta el hipnotismo. Yo he visto cómo eliminaba rápidamente, a veces de manera sorprendente en una sola sesión, una parálisis, una contractura, una afonía, un mutismo…, todos los fenómenos que uno había declarado como benignos, que podían desaparecer de un momento a otro, pero no por ello dejaban de permanecer durante semanas e incluso meses y había resistido a la hidroterapia y a la electrificación prolongadas. Más arriba he citado un caso en el que mediante el hipnotismo hice que desapareciese un ataque que se prolongaba; en otros casos he detenido ataques actuando de manera preventiva en ellas durante los periodos de calma.

En resumen, realizado de una manera prudente y bien empleado, el hipnotismo supone para nosotros uno de los métodos terapéuticos más efectivos para combatir las manifestaciones sintomáticas de la histeria.

g. *Agentes perturbadores*. Es por perturbación del sistema nervioso como actúan las terapéuticas incluidas erróneamente en el tipo de los revulsivos o derivativos: las ventosas escarificadas que se aplican en los músculos contracturados, los sinapismos o vesicatorios en la cavidad epigástrica contra el hipo tenaz. No se trata de auténtica derivación; no hay nada de humoral en ello. Los antiperiódicos también pueden actuar de la misma manera, alterando la regularidad las crisis en los casos en los que se dan periódicamente.

También en la misma categoría entra lo que llamamos tratamiento moral. Se trata de perturbación mezclada con sugestión.

Una mujer estaba afectada por convulsiones coreiformes desde hacía seis semanas, y estas convulsiones eran tan violentas que la epidermis del antebrazo quedaba excoriada por la fricción; después de varias medicaciones infructuosas, Guéneau de Mussy tomó un día el brazo de la enferma y, hablándole de la necesidad de curarla, de la insuficiencia de los agentes empleados, dice que queda una medida terapéutica, que no ha usado hasta ese momento a causa de su agresividad; incluso resulta necesario prescribir a la vez un contraveneno que tener al alcance de la mano para el caso en que los efectos de la píldora sean demasiado fuertes: se prescribe entonces una píldora *mica panis* que se confía a la hermana para que no se pierda, y a la vez 125 gramos de protóxido de hidrógeno como antídoto; cuando pasa la píldora, la enferma nota una sensación de ardor esofágico tan grande que se lanza sobre la botella de protóxido de hidrógeno para aplacarlo, y después de una sola píldora las convulsiones desaparecieron completamente.

Efectos aún más curiosos se han obtenido en casos de estreñimiento; los purgantes administrados repetidamente no habían surtido ningún efecto; una píldora *panquimagoga*[91] de *mica panis* produjo una superpurgación. En un caso de afonía, Bernutz coloca a la paciente en una esquina de la habitación con la boca abierta; él se pone en la esquina opuesta, armado con una jeringuilla de inyección llena de un líquido helado; dirige el chorro hacia la boca de la enferma a través de todo el cuarto: la afonía se cura. Guéneau de Mussy menciona varios casos de parálisis que sanó con sus píldoras fulminantes.

Hagamos la salvedad de que, para poner en práctica estos procedimientos terapéuticos, hay que inspirarle una gran confianza a la enferma: es preciso que quede convencida de que no dudamos de su enfermedad, no hay que contarle absolutamente a nadie de su entorno la realidad del asunto. Por otra parte, yo prefiero el hipnotismo periódico a estas sugestiones que alteran al enfermo y tienen un resultado incierto.

También se actúa por perturbación cuando, con un fin terapéutico y para que desaparezca un síntoma histérico fijo, se provoca un ataque. Es sabido, en efecto, que algunos fenómenos permanentes, como las contracturas y las parálisis, desaparecen a veces repentinamente cuando tiene lugar un ataque convulsivo. Algunas veces se provocan ataques precisamente por imitación de estos mismos fenómenos producidos naturalmente; por otra parte, añado que no siempre se consigue.

El procedimiento terapéutico que hay que emplear es bastante simple. En las enfermas ováricas, se realiza la presión sobre el ovario doloroso; se provocan en primer lugar todos los fenómenos del aura y, si se insiste, se puede llegar a producir el ataque completo; también con el mismo fin, pueden utilizarse las diferentes zonas histerógenas de las que hemos hablado más arriba.

B. *Medidas empleadas para modificar el estado del sistema nervioso*. Los medios que acabamos de revisar varían según la naturaleza de las manifestaciones sintomáticas de la histeria. No son los mismos para la anestesia que para el dolor, para las convulsiones que para la parálisis. De ahí su multiplicidad y la envergadura relativa del parágrafo que se les ha dedicado. Pero hay toda una categoría diferente de agentes terapéuticos que van destinados a tratar la propia neurosis, sea cual sea la forma que toman sus manifestaciones. En todos los histéricos, junto al componente sintomático variable está el componente neurótico de fondo, que siempre es el mismo. Por lo tanto, hay un tratamiento común para todos los histéricos. Es este tratamiento del que vamos a ocuparnos ahora en un parágrafo que será, necesariamente y por la naturaleza del tema, mucho más corto que el anterior, pero no por ello menos importante.

a. *Hidroterapia*. La hidroterapia es en mi opinión la medida terapéutica por excelencia para modificar este estado general del sistema nervioso que constituye la histeria

91. Procedimiento semejante al de las «píldoras fulminantes» que salió más atrás. Le decían al paciente que le iban a administrar un *panquimagogo*, es decir, un purgante capaz de eliminar todos los humores sobrantes, en la teoría humorialista, o un laxante fortísimo en términos actuales.

como neurosis. Con la salvedad de que es una medida más compleja de lo que parece, cuyo manejo resulta difícil, y cuyos efectos pueden llegar a ser opuestos; se trata de una auténtica forma de medicación.

La medida terapéutica más común que yo aconsejo más a menudo y que da resultado frecuentemente es la ducha fría diaria, de chorro dispersado, en todo el cuerpo exceptuando la cabeza, especialmente en la columna vertebral y sobre todo en los pies hacia el final, de entre quince y treinta segundos de duración total; secado mediante friegas enérgicas y paseo a continuación.

La temperatura del agua es una de las condiciones más difíciles de obtener. En mi opinión, lo más útil de los establecimientos especializados, en lo cual superan a la competencia de los que se encargan de dar duchas y de los médicos, es la temperatura del agua. En otoño y primavera se tiene agua fría en todas partes, pero en verano esto ya no sucede. Y, hay que recordarlo, el efecto es tanto más efectivo, y la reacción se produce con tanta más facilidad, cuanto el agua está más fría. A pesar de la sensación de desfallecimiento y de lasitud que provocan a menudo las primeras duchas, yo insisto en que sea tomada todos los días. La terapéutica de la histeria, para ser eficaz, debe ser independiente de las sensaciones de los enfermos. Siento preferencia por el chorro dispersado, que resulta menos crispante que la alcachofa de la ducha y menos dañino que el chorro directo (sobre todo cuando la presión es algo fuerte); puede esparcirse con el dedo o con una boquilla en abanico. Normalmente hago que la cabeza quede fuera; también se puede cubrir con un casco o un gorro de tela encerada. La ducha muy fina no me parece algo excepcionalmente indicado. La enferma se da la vuelta una vez ante el que administra la ducha, después le da definitivamente la espalda, y se termina la ducha con la columna vertebral y los pies. Insisto especialmente en que la duración de la ducha sea muy corta; la reacción se produce más fácilmente y el efecto tónico es infinitamente superior. Harían falta circunstancias excepcionales para que la enferma se volviese a acostar después de la ducha. Es mucho mejor hacerle friegas, algunas veces incluso masajes, y que dé un paseo a continuación: se trata de movilizar la reacción personal[92].

Hay que advertir desde el principio al enfermo que este tratamiento será muy largo y que se administrará durante meses e incluso años, aun cuando pudiese producir rápidamente los efectos esperados. La hidroterapia debe entrar definitivamente en la vida habitual del histérico. Esta consideración es crucial para determinar el lugar en el que se va a hacer este tratamiento.

Establezco como principio que la hidroterapia es incomparablemente mejor en establecimientos especializados que en el propio domicilio o en los establecimientos de las ciudades. Es muy bueno prescribir uno o incluso dos estancias al año, de entre treinta y cuarenta y cinco días al año cada una, en un establecimiento como Divonne (Ain), Lafoux (Gard) o Saint-Didier (Vaucluse). Pero con esto no basta. Hace falta que, cuando vuelva a su casa,

92. Reacción personal: la que tiene cada individuo según su tipo morfológico, su constitución, su temperamento y su diátesis hereditaria. El concepto tuvo mucho predicamento pues permitía racionalizar los fracasos terapéuticos.

la enferma continúe la hidroterapia, sea en establecimientos de ciudad, sea en su propio domicilio. Para las instalaciones de este último caso, los aparatos habituales y el tubo inglés[93] son muy inadecuados y mojan casi siempre la cabeza. Normalmente aconsejo tener simplemente un depósito de agua a un piso de altura (entre 4 y 5 metros), un tubo que desagüe a 1 metro del suelo, y a este nivel una boquilla horizontal y una manga similar a la de riego de césped o de limpieza de calles. Se puede instruir fácilmente a una sirvienta para que dé la ducha; lo esencial es enseñarle a que la haga corta. Todo esto no quiere decir que le dé a esta hidroterapia el mismo valor que a la de los establecimientos especializados, pero es totalmente necesaria. Es prácticamente imposible (en la mayoría de los casos) obtener una estancia de tres o cuatro meses al año en los mejores establecimientos; es preciso prescribir esta estancia, pero hacerlo resulta insuficiente, y entonces hay que continuar el tratamiento en la propia casa todo resto del año. En los climas muy fríos, apenas permito suspenderlo durante uno o dos meses durante un crudo invierno. Una vez acostumbrada, la propia enferma pide la ducha en todas las épocas del año y no puede prescindir de ella. Termina por ser parte integrante y definitiva de su aseo diario: hay que llegar a que sea así.

Hay procedimientos de hidroterapia que son o parecen más simples y sencillos de preparar que la ducha: las lociones, las afusiones o la sábana mojada. Se moja una esponja en agua, se estruja para que no vierta agua, y se pasa rápidamente por todo el cuerpo; se envuelve al sujeto en un albornoz de felpa o en una toalla bien seca, se lo seca con friegas, y después se le presta ayuda para que se vista rápidamente y vaya a dar un paseo. O bien se moja una esponja grande de lavado de coches y se estruja sobre los hombros o sobre la cabeza del paciente, sea hacia el final de un baño, sea directamente al salir de la cama; se garantiza la reacción igual que tras la loción. O incluso se sumerge una sábana en agua fría, se estruja con fuerza de manera que sólo quede mojada, se rodea con ella a la enferma desnuda y se la seca con ella encima por medio de friegas y una especie de masaje que, por otra parte, son agotadores para las personas encargadas de la operación. En mi opinión, no son más que procedimientos que se realizan a la espera de que se puedan realizar otros, de preparación, de transición, que van moderando la susceptibilidad de la histérica, la acostumbran al agua fría y pueden de este modo ser útiles, pero que en la gran mayoría de los casos no pueden y no deben sustituir a la ducha.

Con esto no pretendo decir, sin embargo, que la ducha fría convenga indistintamente a todos los histéricos. Hay toda una categoría, importante y numerosa, de este tipo de enfermos, a los que el agua fría los altera, y que no pueden soportarla.

Antes de renunciar a esta medida terapéutico, en primer lugar hay que asegurarse de que la intolerancia es real. Cuando se trata con histéricas no hay que creer lo que uno ve. Teman lo que teman, basándose en los desastrosos efectos de los anteriores tratamientos de hidroterapia, siempre hay que intentarlo; tras los primeros intentos no se reparará en las sensaciones más o menos ingratas acusadas por la enferma; habrá que seguir y sólo se abandonará si uno mismo constata los efectos contraproducentes de la hidroterapia fría.

93. Ducha sin cebolleta.

Una vez que se ha empezado, sigue habiendo histéricas que soportan mal el agua fría al principio, pero que pueden llegar a acostumbrarse a ella. Se empieza con lociones templadas, y se va bajando progresivamente la temperatura; de la loción fría se pasa a la ducha templada, y finalmente se llega poco a poco a la ducha fría, que entonces soportan bien. Se trata de una cuestión delicada de tacto y de mesura para cada caso particular.

Pero también hay (no puede negarse) un cierto número de histéricas que, aun con estas precauciones y transiciones insensibles, no pueden soportar el agua fría. Hay que aprender a reconocerlo y tratarlas exclusivamente con agua templada mediante los procedimientos que ya hemos indicado.

b. *Aislamiento*. A menudo, cuando la histeria es grave, la hidroterapia y todas las medicaciones más racionales fracasan completamente, en el caso de que nadie se haya ocupado también de sacar a la enferma de su ambiente habitual e introducirla en un ambiente completamente nuevo en el que se ejerza la autoridad médica a título exclusivo sin el control de la familia. Se trata de un factor que influye en la consecución de buenos resultados y sobre el que Charcot ha llamado la atención con buen criterio, el cual en efecto tiene una gran importancia.

En su familia la histérica está normalmente rodeada de afecto, pero de un afecto mal comprendido, sin inteligencia, exagerado; además, el ambiente en el que la neurosis ha brotado es ya por sí mismo, si puedo expresarme de tal modo, un excelente terreno favorable para el desarrollo de esta neurosis. La histérica es con demasiada frecuencia esclava de sus emociones; se trata de emociones que son la causa de todos sus males y el motivo de todos sus actos; estas emociones deforman constantemente el auténtico cuadro de la enfermedad y obstaculizan sin cesar el tratamiento. Es imposible que la familia haga completa abstracción de estas emociones, y siempre (se trata de algo que enseña la experiencia) la histérica domina más o menos conscientemente sobre los suyos mientras está en su casa. Ahora bien, para que el tratamiento sea efectivo es preciso que la enferma y su ambiente renuncien total y definitivamente a cualquier capacidad para decidir sobre el asunto, e incluso a cualquier intervención en las decisiones. El médico debe ser el único en administrar hasta los últimos detalles, como el conjunto del tratamiento o incluso de la vida cotidiana. Es indispensable, dicho de otro modo, que la histérica esté completamente y constantemente en manos del médico. No existe una muestra vocinglera de compasión, de la piedad efusiva que provoca la histérica entre los suyos, lo suficientemente pequeña como para dejar de suponer un alimento para la neurosis.

Podría desarrollar más estos argumentos, pero la razón más firme que se puede ofrecer, la que vale por todas las demás, es el propio testimonio de la observación clínica. Todos los días se ven histéricas que, aunque siguieron estando enfermas a pesar de los tratamientos más apropiados mientras vivían con su familia, sanaron a veces incluso rápidamente cuando los mismos tratamientos se aplicaron en un ambiente nuevo, fuera de la familia, bajo la supervisión directa e incesante del médico.

Por supuesto, uno se encuentra con una gran resistencia cuando se formula una prescripción como ésta; incluso se pierden clientes cuando se insiste en ello. Pero esto es lo menos importante del asunto para un médico honesto. Es preciso insistir y dictaminar.

Los progenitores, las madres sobre todo, siempre objetan que la enferma se va a morir, que su hija no puede prescindir de ellas. Es un gran error. Está firmemente demostrado por los hechos que las histéricas, después de un periodo de aflicción más ruidosa que prolongada, se adaptan perfectamente a su nuevo tipo de vida. Charcot menciona ejemplos destacables de esto; también nosotros los hemos visto. El sacrificio no es tanto para la enferma, sino para la madre, para los progenitores. Eso es así, hay que decirlo, pero ellos siempre están dispuestos finalmente a sacrificarse por su hija.

No insistiremos, por lo tanto, en el asunto de que la enferma sea internada en un establecimiento especializado, donde sus padres la dejarán sola (esto último es indispensable). Estos establecimientos especializados, por desagracia, existen en un número demasiado escaso; la mayor parte de los centros de hidroterapia que tengan un médico concienzudo pueden servir perfectamente para este fin. Pero aprovecho la ocasión para señalar y lamentar esta considerable laguna de nuestra organización hospitalaria: sufrimos una carencia total de asilos especializados para neuróticos no alienados, o en todo caso hay muy pocos; no los hay en todas las regiones de Francia y no los hay al alcance de todos los bolsillos. Se trata de un auténtico *desideratum* que se verá cumplido en un futuro. Pero, mientras tanto, los establecimientos de hidroterapia pueden cumplir generalmente esta función, y el médico debe prescribir el aislamiento de las histéricas en ellos no como un detalle menor, sino como un elemento capital del tratamiento.

c. *Electroterapia y metaloterapia.* Cuando la metaloscopia ha mostrado que la enferma es sensible a un metal en particular, se puede probar el tratamiento con este metal en el interior: cloruro de oro y de sodio para el oro, nitrato de plata para la plata, etc. Este procedimiento terapéutico ha dado resultados algunas veces; en tales casos, es verdaderamente la metaloterapia la que se aplica al elemento constitutivo de la neurosis del que nos ocupamos en este parágrafo.

Ya hemos hablado de la electricidad como medida terapéutica para combatir las manifestaciones de la enfermedad, las manifestaciones localizadas de la neurosis. El mismo procedimiento terapéutico puede ser muy útil también para el estado general del sistema nervioso considerado en su conjunto.

A la cabeza de los procedimientos a emplear para este fin yo situaría la electricidad estática, es decir, permanecer de manera prolongada y diaria en un taburete electrificado por medio de una potente máquina de rotación[94]. Se pueden hacer sesiones de treinta, cuarenta y cinco minutos, o una hora. Este baño de electricidad estática suele ser suficiente. Se pueden añadir asimismo bien algunas chispas, bien, preferiblemente, el estimulador de madera a lo largo de la columna vertebral o a la altura del vientre. Por lo general, tras unas cuantas sesiones, los enfermos duermen mejor, comen más, las crisis se espacian en el tiempo y se moderan: el sistema nervioso en su totalidad parece haber sido modificado para bien. Supone un excelente adyuvante de la hidroterapia.

94. Que genera electricidad estática para dar al paciente el «baño eléctrico» del que se habló páginas atrás.

También pueden emplearse las demás formas de electricidad, con la condición de que sean aplicadas de manera general sobre la totalidad del cuerpo, pues las aplicaciones locales entran más bien en las indicaciones del parágrafo anterior. Haré referencia, por lo tanto, a la faradización general, a la galvanización general, a la galvanización central y al baño eléctrico; evocaré el principio de estos diferentes métodos siguiendo el bien confeccionado *Traité d'électrothérapie* de Erb.

Veamos la faradización general siguiendo a Beard y Rockwell. Estando el enfermo casi completamente desnudo o vestido muy ligeramente, se echa en un taburete y se colocan sus pies desnudos sobre un gran electrodo con forma de placa revestida de forma normal y bien humectada, o en un plato lleno de agua tibia: ésta está comunicada con el polo negativo. El polo positivo está formado por la mano húmeda del médico, que coge el electrodo con la otra mano y hace que la corriente pase a través su propio cuerpo, o también por un gran electrodo formado por un espeso gorro de felpa de entre 5 y 8 centímetros de diámetro; a través de este electrodo es como se ponen en contacto, tanto como sea posible, todas las partes del cuerpo. «Empezaremos por la frente, de forma que pase por ella, así como por las sienes, una corriente claramente perceptible; a continuación pasamos al vértex, donde el polo positivo debe permanecer bastante tiempo; después, con una corriente un poco más fuerte, se trata la región del occipucio y de la nuca; tras lo cual, con una corriente aún más fuerte, se va pasando el electrodo de arriba abajo, durante cierto tiempo, a lo largo de la columna vertebral, para que actúe especialmente sobre la médula espinal; puede detenerse algo más de tiempo en diferentes puntos, como las apófisis espinosas que provoquen dolor, o el foco de alguna enfermedad; a continuación viene la faradización del cuello (con una corriente más débil) para estimular el simpático, el neumogástrico, el frénico y los músculos del cuello; más adelante se faradiza la región anterior del pecho, sobre todo la del corazón, después el abdomen, con corrientes más fuertes; el polo positivo, en este momento, puede quedar fijado en el epigastrio para que llegue al plexo celíaco, y después pasar lentamente por todo el vientre para estimular la actividad intestinal y los músculos del abdomen; finalmente, hay que tener en cuenta la realización de una estimulación enérgica de los músculos de la piel de la espalda y de todas y cada una de las extremidades; se desplaza el electrodo, con presiones enérgicas por todas estas zonas, especialmente por los troncos de los nervios principales y por los músculos, con una corriente lo bastante fuerte como para que en todos los puntos se produzcan contracciones musculares, vivas y enérgicas, y para que todos los músculos queden expuestos, tanto como sea posible, a la acción estimulante de la corriente; a continuación puede terminarse con un tratamiento reiterado y de poca duración de la médula espinal. Toda esta maniobra debe durar entre diez y veinte minutos, y por supuesto variar de intensidad y de duración en cuanto a su aplicación localizada según las peculiaridades de los individuos y las diversas enfermedades» (Erb).

Sustituyan en la misma descripción la corriente farádica por la corriente galvánica y obtendrán la descripción de la galvanización general, cuyos efectos, según Beard y Rockwell, serían absolutamente los mismos.

La galvanización central de Beard «consiste en colocar en el epigastrio un gran polo negativo con forma de placa, mientras que el polo positivo se aplica, por medio de un gran

electrodo-esponja redondo, sobre la cabeza, los simpáticos, y a lo largo de toda la columna vertebral, para que actúe por todo el sistema nervioso central, el vago y el simpático. Con una corriente débil (de 2 a 8 elementos) se comienza frotando la frente, de un extremo a otro, suavemente, después el centro del cráneo, la región del vértex y el punto medio entre las orejas, zona a la que Beard confiere una importancia especial, y en la que se detiene el electrodo entre 1 y 2 minutos. El polo positivo se desplaza entonces de arriba abajo entre 1 y 5 minutos, por los dos lados, recorriendo el simpático, por el cuello y los neumogástricos, y finalmente, del mismo modo, durante 3, 4, 5 ó 6 minutos se frota toda la columna vertebral, lentamente, de arriba abajo, reparando especialmente en el cuello».

No me detendré en los baños eléctricos, pues también se puede encontrar el procedimiento correspondiente en el libro de Erb.

d. *Hipnotismo y tratamiento moral.* Consideramos que el hipnotismo es ante todo un tratamiento de la histeria local o de las manifestaciones localizadas de la neurosis. Sin embargo, en ciertos casos, también se puede encontrar en esta forma de tratamiento un medio para modificar el estado general del sistema nervioso. El procedimiento a emplear es el mismo que hemos descrito; se actúa simultáneamente por medio del sueño y de la sugestión. Con la salvedad de que aquí hacen falta tratamientos mucho más prolongados que para la histeria local. No es posible modificar una neurosis mediante el hipnotismo si no es a condición de repetir y multiplicar las sesiones durante mucho tiempo. Aquí, por lo tanto, más que en los demás casos, es preciso ser prudente y continuar sólo si la enferma soporta perfectamente el tratamiento sin alterarse; es preciso que tras cada sueño provocado (aun sin sugestión), ella se encuentre mejor sólo por el hecho de haber dormido.

En la misma categoría de procedimientos terapéuticos entra lo que se ha llamado tratamiento moral. Las relaciones del médico con las histéricas deben ser de una naturaleza en cierta medida especial. No hay quien pueda tratar a una enferma de este tipo si no tiene toda su confianza; debe tratarla con autoridad, no permitirle que discuta las prescripciones, pero tampoco ser violento ni brutal en ningún caso. Una histérica es siempre de naturaleza impresionable, y hay que tener siempre en cuenta este temperamento. No hay que creer todo lo que la enferma cuenta ni llevarle la corriente cuando se queja; por el contrario, es preciso reaccionar e instarle a que reaccione, pero ante todo hay que guardarse de tratar sus males como si fuesen imaginarios, cosa que por otra parte no es verdad y que la disgustaría enormemente. Es indispensable que el médico conozca todo lo posible las causas morales que, en cada caso particular, han provocado la aparición de la neurosis o al menos las que prolongan su evolución; y, una vez conocidas estas causas, hay que procurar contrarrestar su efecto suave y gradualmente. ¡Cuántas veces, con una conversación afectuosa y persuasiva, puede el médico calmar a una histérica en mayor medida que con todos los remedios de la farmacopea! Se trata de hipnotismo en estado de vigilia y en cierto modo permanente.

Esta parte del tratamiento es crucial en la práctica, pero apenas si se puede desarrollar en un artículo de propósito general como éste; era preciso indicarlo. En cada caso particular, es el médico con intuición el que encontrará la forma más apropiada para aplicarlo.

e. *Aguas minerales*. Los balnearios de aguas minerales contribuyen al tratamiento de la histeria. El traslado, el cambio de ambiente, las distracciones y la esperanza constituyen ya un eficaz elemento de medicación, pero no es el único. Hay aguas minerales que son muy convenientes para las histéricas.

Químicamente, son aguas de una baja mineralización, que pertenecen al grupo que ha sido llamado de manera poco conveniente aguas indiferentes o indeterminadas. No hay duda de que su composición explica sólo de una manera muy vaga sus resultados. Son aguas sulfatadas cálcicas, ferruginosas, gaseadas, pero ante todo, lo repito, de una mineralización muy débil. Pueden ser frías o templadas. Se administran en forma de baños (piscinas o bañeras), por lo general de agua corriente, a veces en duchas. En estos establecimientos también puede administrarse el tratamiento de hidroterapia.

No me detengo en ello, pero mencionaré los siguientes, por orden alfabético: Bagnères de Bigorre, Lamalou, Néris, Plombières, Ragatz. Bigorre tiene efectos particularmente calmantes (Salut) con una nota tónica (Salies). Lamalou también es tónico (Capus) con indicación antirreumática más específica (fuentes bajas). Néris es más apropiado para efectos calmantes, con sus baños prolongados. Plombières está más indicado cuando hay un origen uterino o útero-ovárico. Ragatz vuelve a tener la indicación artrítica (gota).

C. *Medidas empleadas para combatir la enfermedad primaria*. Se trata de un grupo extremadamente importante, cuya exposición será no obstante corta, pues, por un lado, no siempre disponemos de medidas terapéuticas para los estados constitucionales, y en segundo lugar lo que sabemos de esta parte de la terapéutica se encuentra diseminado, no pertenece propiamente a la histeria y en consecuencia no puede figurar más que a modo de recordatorio en un artículo como éste.

Contra la sífilis se planteará en primer lugar el tratamiento mixto (5 centigramos de protoyoduro de hidrargiro y de 4 a 6 gramos de yoduro de sodio al día) durante un mes, después el tratamiento alternativo mes tras mes. Contra el artritismo, que se encuentra tantas veces detrás de la histeria, se empleará yoduro de sodio (1 gramo al día), alternado con salicilato de litina (1 gramo al día), los baños sulfurosos y las purgaciones repetidas; contra la escrófula y la tuberculosis, el arsénico (de 5 miligramos a 1 centigramo de arseniato de sodio), los yodados (en las mismas dosis que para el artritismo) o las sales de oro (5 miligramos por día de cloruro de oro y de sodio); contra el herpetismo, los arsenicales y los sulfurosos, etc.

Si hay anemia o clorosis, cosa que todavía es frecuente, el hierro (10 centigramos de hierro reducido en cada comida) se combinará fructíferamente con la quinina, con el arsénico y con la hidroterapia. Asimismo, se combatirán las enfermedades locales del útero y del ovario si se constata su existencia, o los gusanos intestinales, aunque estas causas no desempeñan por lo general más que un papel secundario ocasional y no constituyen el fondo esencial de la neurosis.